



ನನಗೆ ಬೈಪಾಸ್ ಆಯಿತು



ಸ್ವಾನುಭವ
ಕಥನ

ಡಾ॥ ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ

ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನದ ೧೪೧೦ನೇ ಪ್ರಕಟಣೆ

ನನಗೆ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಆಯಿತು

(ಸ್ವಾನುಭವದ ಕಥನ)

ಡಾ॥ ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಗೌಡ



ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ

NANAGE 'BY-PASS' AAYITU *A self experience of undergoing caronery by-pass surgery by Dr. H. D. Chandrappa Gowda, Dist. Surgeon (Rtd.), 64, Mission Compound, Shimoga - 577 201*

First Edition : 2002 **Pages : 120** **Price : Rs. 65**

ಮೊದಲ ಮುದ್ರಣ : 2002

ಬೆಲೆ : ರೂ. 65

ಮುಖಚಿತ್ರ : ನವಕರ್ನಾಟಕ ವಿನ್ಯಾಸ
ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿತ್ರ. ಕೃಪೆ : ವೊಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಬೆಂಗಳೂರು

ಪ್ರಕಾಶಕರು
ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಪ್ರೈವೆಟ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್
ಎಂಬೆಸಿ ಸೆಂಟರ್, ಕ್ರೆಸೆಂಟ್ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560001
e-mail : nkp@bgl.vsnl.net.in
website : www.navakarnatakabooks.com

ಶಾಖೆಗಳು

ಗಾಂಧಿನಗರ	ಕೆ. ಎಸ್. ರಾವ್ ರಸ್ತೆ	ರಾಮಸ್ವಾಮಿ ವೃತ್ತ	ಸ್ಟೇಷನ್ ರಸ್ತೆ
ಬೆಂಗಳೂರು - 9	ಮಂಗಳೂರು - 1	ಮೈಸೂರು - 24	ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ -2

0110021410 **ISBN 81-7302-574-6**

Printed by R. S. Rajaram at Navakarnataka Printers, No. 167 & 168, 10th Main III Phase, Peenya Industrial Area, Bangalore - 560 058 and Published by him for Navakarnataka Publications (P) Ltd., 11, Embassy Centre, Crescent Road P. B. 5159, Bangalore - 1 (INDIA). Typeset at Navakarnataka, Bangalore - 1

ಅರ್ಪಣೆ

ಜೀವನಯಾತ್ರೆಯ ಏಳು ಬೀಳುಗಳಲ್ಲಿ
ಸಹಭಾಗಿಯಾಗಿ ಪಯಣಿಸಿ ಮೃತ್ಯು ಮುಖದಿಂದಲೂ
ನನ್ನನ್ನು ಪಾರುಮಾಡಿ ತಾನೇ ಮೊದಲಿಗೆ ಇಹಲೋಕ
ತ್ಯಜಿಸಿದ ಆದರ್ಶ ಗೃಹಿಣಿ, ಪತ್ನಿ ರುಕ್ಮಿಣಿ
(ರಾಜಮ್ಮ)ಯ ನೆನಪಿಗೆ

ಪರಿವಿಡಿ

ಮುನ್ನುಡಿ

ಡಾ|| ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರ ''ನನಗೆ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಆಯಿತು'' ಎಂಬ ಪುಸ್ತಕಕ್ಕೆ ಮುನ್ನುಡಿಯ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕು ಮಾತುಗಳನ್ನು ಬರೆಯಲು ಎರಡು ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ನಾನು ಮುಂದಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಒಂದು, ಡಾ|| ಶ್ವೈಯಿಟ್ಸರ್ ಕುರಿತು ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಬರೆದ ಪುಸ್ತಕದ ಬಿಡುಗಡೆ ಸಮಾರಂಭದಲ್ಲಿ ನಾನು ಪುಸ್ತಕ ಕುರಿತು ಮಾತಾಡಿದ್ದೆ. ಆನಂತರ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಬರೆದ ಇತರೆ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಕೂಡ ಓದಿ ಮೆಚ್ಚಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ಅಭಿಮಾನಿ ಲೇಖಕರಲ್ಲಿ ಓರ್ವರಾದ ಗೌಡರ ಮತ್ತೊಂದು ಪುಸ್ತಕ ಹೊರಬರುತ್ತಿರುವುದು ಸಂತಸದ ವಿಷಯವೇ. ಎರಡನೆಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರಣವೆಂದರೆ – ನನಗೂ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಆಗಿದೆ. ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರ ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ನರಳುತ್ತಿರುವ ನನಗೆ ಸುಮಾರು ಆರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಲಘು-ಹೃದಯಾಘಾತವಾಯಿತು. ನೋವು ಇತ್ಯಾದಿ ಏನೂ ಇಲ್ಲದೆ ಕೇವಲ ತಲೆ ತಿರುಗುವುದರ ಮೂಲಕ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಆಘಾತ ಅದು. ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರು 'ಗುಂಡಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಏನೋ ಸರಿ ಇಲ್ಲ' ಎಂದರು. ಎರಡು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಹಾಗೇ ಇದ್ದ ನಾನು 1998ರಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡೆ. ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಚಿತ್ರವೇ ನನ್ನ ಮುಂದಿನ ಟಿ.ವಿ. ಪರದೆಯ ಮೇಲೆ ಮೂಡಿದಾಗ ನಾನು ಬೆರಗಾದೆ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ವೈದ್ಯರು ನನ್ನ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಮೂರು ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಬ್ಲಾಕ್ ಆಗಿವೆ; ಬೇಗನೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಗಬೇಕು ಎಂದರು. ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರಿಗೆ 1999ರ ಫೆಬ್ರವರಿಯಲ್ಲಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆದರೆ, ನನಗೆ 1998ರ ಫೆಬ್ರವರಿಯಲ್ಲಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಯಿತು.

ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಏನೆಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿ ಸಿಗುತ್ತದೋ ಅದನ್ನೆಲ್ಲಾ ಓದಲು, ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಯತ್ನಿಸಿದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಬಂದು ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದ ವೈದ್ಯರ ಮೂಲಕವೂ, ಈ ವಿವರ ಪಡೆಯುವ ಯತ್ನ ಮಾಡಿದೆ. ನನಗಾದ ಅನುಭವವನ್ನು ಯಾವುದಾದರೂ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸಬೇಕು ಎಂಬ ಆಸೆಯೂ ನನಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಈ ಹೃದಯಾಘಾತ ಎಂಬುದು ಒಂದು ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿ ಕಾಡಿತಲ್ಲದೆ ಅದು ಒಂದು ಅನುಭವವಾಗಿ, ಜ್ಞಾನವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿ ಹೇಳಬಹುದಾದ ಒಂದು ಮಾಹಿತಿ ನನಗೆ ಲಭ್ಯವಾಗಲೇ ಇಲ್ಲ. ನಾನು ಅನುಭವಿಸಿದ ಆತಂಕ, ತಳಮಳ, ನೋವು ಇವು ಗಳಷ್ಟೇ ಸತ್ಯವಾದವು. ಇವುಗಳ ಹಿಂದಿನ ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ನನ್ನ ಕೈಗೆ ಎಟುಕಲಿಲ್ಲ. ತಾಂತ್ರಿಕವಾದ ನುಡಿಗಟ್ಟುಗಳು, ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ವಿವರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ನನಗೆ ಅಪರಿಚಿತವಾಗಿ ಉಳಿದವು.

ಛೆ ! ಒಂದು ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿಯೂ ನಾನು ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ಏನೂ ಬರೆಯಲಾರದೆ ಹೋದೆನಲ್ಲ, ಎಂಬ ಕೊರಗು ಈ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ಕಾಡುತ್ತಲೇ ಇತ್ತು. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ತಾವು ಇಂತಹ ಒಂದು ಪುಸ್ತಕ ಬರೆದಿದ್ದೇನೆ; ಅದಕ್ಕೆ ನೀವು ಮುನ್ನುಡಿ ಬರೆಯಬೇಕು ಎಂದಾಗ ಥಟ್ಟನೆ ಒಪ್ಪಿಕೊಂಡೆ. ತಮ್ಮ ಕಷ್ಟ, ಆತಂಕ, ನೋವನ್ನು ಬರಹದ ಮೂಲಕ ಕನ್ನಡಿಗರ ಮುಂದಿಟ್ಟ ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರನ್ನು ಅಭಿನಂದಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಪುಸ್ತಕದ ಪ್ರಮುಖ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯವೆಂದರೆ ಈ ಬರವಣಿಗೆಯ ಹಿಂದೆ ಓರ್ವ ಲೇಖಕನೂ

ಇದ್ದಾನೆ; ಓರ್ವ ವೈದ್ಯನೂ ಇದ್ದಾನೆ; ಹೀಗಾಗಿ ಇಲ್ಲಿಯ ಬರಹಕ್ಕೆ ಮಾನವೀಯ ಕಳಕಳಿಯೂ ಇದೆ; ವೈಚಾರಿಕ ಚೌಕಟ್ಟೂ ಇದೆ. ಲೇಖಕರು ಕೇವಲ ತಮ್ಮ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹೇಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಹಿನ್ನೆಲೆಯಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೃದಯರೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಮುಂದೆ ಇಡುತ್ತಾರೆ. ನಕ್ಷೆಯೊಂದನ್ನು ಎದಿರು ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ರೋಗಗಳ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಂತೆ ಅವರ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಅನುಭವ, ಹೃದಯಾಘಾತದ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ನಮಗೆ ತಿಳಿಸಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

ಈವತ್ತು ಮಾನವ ಕೋಟಿಯನ್ನು ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಮೂರು ವ್ಯಾಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಹೃದಯದ ರೋಗವೂ ಒಂದು ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ; ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಸಿಹಿಮೂತ್ರ ರೋಗ ಹಾಗೂ ಹೃದ್‌ರೋಗ ಇವುಗಳಿಂದ ವಿಶ್ವದ ಅತ್ಯಧಿಕ ಜನ ನರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರಿನ ಬಗ್ಗೆ ನಮಗೆ ತಿಳಿದಿರುವುದು ಅತ್ಯಲ್ಪ. ಈ ರೋಗವಿನ್ನೂ ವಿಜ್ಞಾನದ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಸಿಕ್ಕಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರ ರೋಗ ಹಾಗೂ ಹೃದ್‌ರೋಗ ತಮ್ಮೆಲ್ಲ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿವೆ. ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಹೇಳುವ ಹಾಗೆ ಮನುಷ್ಯನ ಜೀವನ ವಿಧಾನವೇ ಈ ರೋಗಗಳ ಹುಟ್ಟಿಗೆ, ಉಗ್ರತೆಗೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಹೃದಯದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟ ಲೇಖಕರು, ಅನಂತರ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ನಾಗರಿಕತೆ, ಪಶ್ಚಿಮದ ಐಶಾರಾಮಿ ಜೀವನ ರೀತಿ ಈ ಹೃದ್‌ರೋಗಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದದ್ದು, ಪುಷ್ಟಿಕರವಾದ ಆಹಾರ, ಸಿಹಿಯ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಈ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಾವಸ್ಥೆಗೆ ಏರಿ ರೋಗದ ಬಗೆಗಿನ ಅರಿವು ಮತ್ತು ಅಮೆರಿಕಾದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. 30-40ರಷ್ಟು ಇಳಿಮುಖವಾದುದನ್ನು ಕೂಡ ಲೇಖಕರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ.

ಹೃದ್‌ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಪಾತ್ರ, ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ ಎಂಬ ಮತ್ತೊಂದು ಬಗೆಯ ಕೊಬ್ಬಿನ ಪಾತ್ರ, ಹೀಮೋಸಿಸ್ಟೈನ್ ಎಂಬ ಆಮ್ಲ, ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಸ್ಥೂಲಕಾಯ, ಸಿಹಿ ಮೂತ್ರರೋಗ, ಆಹಾರ ಪದ್ಧತಿಗಳು, ಜಡ ಜೀವನಕ್ರಮ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ಆನುವಂಶೀಯತೆ, ಮೊದಲಾದವುಗಳು ಈ ಗುಂಡಿಗೆ ರೋಗಕ್ಕೆ ಜನರನ್ನು ತಳ್ಳುವ ಬಗ್ಗೆ ಚರ್ಚಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಹೃದಯ ಶೂಲೆ, ಹೃದಯಾಘಾತಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಚರ್ಚಿಸಿದ ನಂತರ ನೇರವಾಗಿ 'ಹೃದಯಾಘಾತ ನನಗೇಕೆ ಆಯಿತು' ಎಂದು ಕೇಳಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮ ಬದುಕಿನ ಕೆಲ ಪುಟಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ಮುಂದೆ ತೆರೆದಿಡುತ್ತಾರೆ, ಡಾ॥ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ. ಶಿಸ್ತುಬದ್ಧವಾದ ಒಂದು ಆದರ್ಶ ಜೀವನವನ್ನು ನಡೆಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಗೌಡರ ಬದುಕಿನಲ್ಲಿ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಪ್ರವೇಶವಾಗುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಉಪಚಾರಗಳ ನಂತರವೂ ಇವರು ರೋಗಿಯಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ತಮ್ಮ ಅನುಭವ ಕಥನದ ಜೊತೆಗೇನೇ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಮತ್ತೋರ್ವ ವೈದ್ಯನ ಇಂತಹದ್ದೇ ಕಥೆಯನ್ನು ನಮ್ಮ ಮುಂದೆ ಇಡುತ್ತಾರೆ. ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಂ ಎ. ನೋಲೆನ್ ಎಂಬಾತ ಅಮೆರಿಕಾದ ಪ್ರಖ್ಯಾತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕ. ಹೃದಯರೋಗದ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯ ಅರಿವೂ ಇದ್ದ ಈ ವೈದ್ಯನಿಗೆ 47ನೇ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೇ ಹೃದ್ರೋಗ ಬಂದು ಅವನ ಬಾಗಿಲು ತಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಈ ವೈದ್ಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅನಂತರ ತನ್ನ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಿ 'ಸರ್ಜನ್

ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್' ('ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕನೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದಾಗ') ಎಂಬ ಅದ್ಭುತ ಗ್ರಂಥವನ್ನು ಬರೆಯುತ್ತಾನೆ. ಈ ಗ್ರಂಥದ ಸಾರಾಂಶವನ್ನು ತಮ್ಮ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಕೊಡುವುದರ ಮೂಲಕ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ತಮ್ಮ ಬರವಣಿಗೆಗೆ ಗಟ್ಟಿಯಾದ ವೇದಿಕೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಿಸಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

ಲೇಖಕರು ಎದುರಿಸಿದ ಹೃದಯಾಘಾತ, ಆನಂತರದ ತಳಮಳಗಳು, ಅನಿಶ್ಚಿತತೆಯ ಆ ದಿನಗಳು ಅನಂತರ ಅವರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾದದ್ದು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆ ಎಲ್ಲಾ ವಿಧಿ ವಿಧಾನ ಗಳನ್ನು ಕಣ್ಣು ಕಟ್ಟುವಂತೆ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಬರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಜೊತೆಗೇನೆ ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆದುಬಂದ ದಾರಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮನುಷ್ಯನ ಹೃದಯವೇ ಅವನ ಆತ್ಮದ ವಾಸಸ್ಥಾನ; ಯಾವ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಅದನ್ನು ಘಾಸಿ ಮಾಡಬಾರದೆಂಬ ಧಾರ್ಮಿಕ ನಂಬಿಕೆ 1896ರಲ್ಲಿ ಧಕ್ಕೆಯಾದುದನ್ನು ಲೇಖಕರು ಉಲ್ಲೇಖಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇದೀಗ ಆಗಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಓದುಗರ ಮುಂದಿಡುತ್ತಾರೆ.

ಲೇಖಕರೂ ಕೂಡ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕತೆ ತಂದುಕೊಟ್ಟ ಎಲ್ಲಾ ಕೊಡುಗೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಂತೆ ಗುಂಡಿಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಾರೆ. ಹಿಂದೆಯೇ ಹೇಳಿದಂತೆ ಆ ಕ್ರಿಯೆಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ತಮ್ಮ ಸಹಜ ಜೀವನವನ್ನು ನಮಗೆ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ.

ತಮ್ಮ ಬದುಕಿನ ಒಂದು ಘಟನೆಯನ್ನು ಆಧಾರವಾಗಿ ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಗೌಡರು ಈ ಕೃತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿ ಸಾರ್ಥಕ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆಂದೇ ನನ್ನ ಅನಿಸಿಕೆ. 'ಸಂಸಾರ ಗುಟ್ಟು, ವ್ಯಾಧಿ ರಟ್ಟು' ಎಂಬ ಒಂದು ಗಾದೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ವ್ಯಾಧಿ ಅದು ಯಾವುದೇ ಬರಲಿ ಅದರ ಬಗ್ಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಖಂಡಿತ ಉಪಯೋಗವಿದೆ. ಈ ತಿಳಿಸಿಕೊಡುವ ಕೆಲಸವನ್ನು ಓರ್ವ ವೈದ್ಯ ಮಾಡಿದನೆಂದರೆ ಆ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ಬರುತ್ತದೆ.

ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರಿಗೆ ಬರವಣಿಗೆ ಹೊಸತೇನಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಅವರ ಈ ಬರಹಕ್ಕೆ ಡಾ|| ನೋಲೆನ್‌ರ – SURGEON UNDER THE KNIFE – ಎಂಬ ಗ್ರಂಥ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ನೀಡಿದೆ ಎಂಬ ಮಾತನ್ನು ಅವರೇ ಹೇಳಿದ್ದಾರೆ. ಡಾ|| ನೋಲೆನ್‌ರ ಗ್ರಂಥ ಮಾನವೀಯ ಅನುಕಂಪ, ಸಂಬಂಧಗಳಿಂದ ಪ್ರಮಾಣಿತವಾಗಿದೆ; ಆದರೆ ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಗೌಡರ ಗ್ರಂಥ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ವಿವರಗಳಿಂದ ತುಸು ಭಾರವಾಗಿದೆ.

ಆದರೂ ಕನ್ನಡ ಓದುಗರಿಗೆ ಈ ಕೃತಿ ಪ್ರಿಯವ್ವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಶಯವಿಲ್ಲ. ಸೂಕ್ತ ಚಿತ್ರಗಳು ಈ ಕೃತಿಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿವೆ.

ಹೃದಯಾಘಾತ, ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿ, ಇದೀಗ ಸಹಜವಾಗಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವ ನಾನು – ನನಗೆ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಆಯಿತು – ಎಂಬ ಕೃತಿಯನ್ನು ಓದಿ ಸಂತಸ ಪಟ್ಟಿದ್ದೇನೆ. ಇಂತಹ ಒಂದು ಕೃತಿ ನನಗೆ ಈಗ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಲಭ್ಯವಾಗಿದ್ದಿದ್ದರೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತೇನೋ ಎಂದು ಈಗ ಅನಿಸುತ್ತಿದೆ. 'ಕಳ್ಳರಿದ್ದಾರೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ', 'ಅಪರಾಧ ವಲಯ' ಎಂಬ ಫಲಕಗಳು ಜನರಿಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಲೆಂದೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳತ್ತ ಕೊಂಚ ಗಮನ ಹರಿಸಿದರೆ ಆಗುವ ಅನಾಹುತಗಳು ತುಸು ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದೇನೋ, ಅಲ್ಲವೇ ? ಈ ಗ್ರಂಥ ಅಂತಹಾ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಲ್ಲದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ನನ್ನದು.

ಸಾಗರ **ನಾ. ಡಿಸೋಜ**

ಅರಿಕೆ

'ನನಗೆ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಆಯಿತು' ಎಂದು ಹೆಸರಿಸಲಾಗಿರುವ ಈ ಕೃತಿ ಲೇಖಕನ ಸ್ವಾನುಭವ ಕಥನವೆಂಬುದನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಧಮನಿಗಳೊಳಗಡೆ ಅಡಚಣೆಗಳುಂಟಾಗುವುದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಇತರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಂತೆ ಜರುಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಕೇಳುತ್ತಿರುತ್ತೇವೆ. ಅಂತಹದೊಂದು ನನಗೂ ಜರುಗಿರುವುದರಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಅಂತಹ ವಿಶೇಷತೆಯೇನೂ ಕಂಡುಬರಲಾರದು. ಆದರೆ ನಾನು ಒಬ್ಬ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯ; ಅಲ್ಲದೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದವನು; ಅದರಲ್ಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬಗೆಗೇ ಹಲವಾರು ಲೇಖನ ಮಾಲೆಗಳನ್ನು ಬರೆದ ಅನುಭವವೂ ಇತ್ತು. ಆದರೂ ನಾನೇ ಆ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಈಡಾಗಿ, ಹೃದಯಾಘಾತವೂ ಸಂಭವಿಸಿ, ಅನಂತರ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನೂ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯನ್ನೂ ಎದುರಿಸ ಬೇಕಾಯಿತು ! ಇಂತಹ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ನಾನು ಆ ಕುರಿತು ಕೃತಿ ರಚಿಸುವುದು ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವಿರೋಧಾಭಾಸವೇ ಸರಿ. ಆದಾಗ್ಯೂ ಅಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಳ್ಗಿಚ್ಚಿನಂತೆ ಹರಡುತ್ತಿದೆ. ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಅದರ ಉಪಟಳ ಇತರ ಜನಾಂಗದವರಿಗಿಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆಯೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಶೃತ ಪಟ್ಟಿದೆ; ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ ಮತ್ತು ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಆ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಂಭವನೀಯತೆಯನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೆಂಬುದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಜಾಗೃತಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದು ಈ ಬರಹದ ಒಂದು ಉದ್ದೇಶ. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಕೇವಲ ನನ್ನ ಅನುಭವಗಳನ್ನೂ ಮಾತ್ರ ನಿರೂಪಿಸದೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಸಮಗ್ರ ಪರಿಚಯ ಮಾಡುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನೂ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಆ ಬಗೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಬಹುಪಾಲು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ, ಆ ಬಗೆಗೆ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ; ರೋಗನಿದಾನ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ವಿಕಾಸಗೊಂಡ ರೀತಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅವು ತಲುಪಿರುವ ಅತ್ಯಾಶ್ಚರ್ಯಕರ ಮಟ್ಟಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ತರಹೆಯ ನಿರೂಪಣೆ ಇಂದಿನ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬಗೆಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದರೆ ನನ್ನ ಪ್ರಯತ್ನ ಸಾರ್ಥಕವೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಈ ಕೃತಿಯ ರಚನೆಯ ಹಿಂದೆ ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಪ್ರೇರಣೆಯ ಬಗೆಗೂ ಹೇಳಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಅಮೆರಿಕೆಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಂ ಎ. ನೋಲೆನ್ ಎಂಬುವರೂ ತಮ್ಮ ನಡು ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಬಳಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೊಳಗಾದರು (1975). ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲೂ ಪಳಗಿದ ಅವರು – 'ಸರ್ಜನ್

ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್'* – ಎಂಬ ಕೃತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿದರು. ಅದರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಅನುಭವದ ಜೊತೆಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಅಂದು ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಸಮಗ್ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಸಹ ತುಂಬಾ ಸ್ವಾರಸ್ಯಕರವಾಗಿ ನಿರೂಪಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಂತಹದೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಎದುರಿಸಿದ ನಾನು ಈ ಕೃತಿಯನ್ನು ರಚಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಮೂಲ ಪ್ರೇರಣೆ ನೀಡಿತೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಈ ಪುಸ್ತಕ ರಚನೆಗೆ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ನೀಡಿದ – ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್– ಕೃತಿಯ ಕರ್ತೃ ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಂ ಎ. ನೋಲೆನ್ ಹಾಗೂ ಅದರ ಪ್ರಕಾಶಕರಾದ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕಿನ ಕೋವರ್ಡ್ ಮೆಗ್ಗಾನ್ ಅಂಡ್ ಜಿಯೋಘೇಗಾನ್ ಕಂಪನಿಯವರಿಗೆ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುವುದು ನನ್ನ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯ. ಅವರನ್ನು ಪತ್ರಮುಖೇನ ಸಂಪರ್ಕಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ತಾಂತ್ರಿಕ ಅಡಚಣೆಗಳಿಂದ ಸಫಲವಾಗದಿದ್ದುದಕ್ಕೆ ವಿಷಾದಿಸುತ್ತೇನೆ.

ತಮ್ಮಲ್ಲಿದ್ದ 'ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್' ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಎರವಲಾಗಿ ನೀಡಿದ್ದಲ್ಲದೆ ಈ ಕೃತಿಯ ರಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಸಲಹೆ-ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದ್ದಕ್ಕೆ ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರಿನ ಖ್ಯಾತ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಡಾ॥ ಕೆ. ಜಿ. ಶ್ರೀನಿವಾಸ ಅವರಿಗೆ ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಖ್ಯಾತ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞ ಡಾ॥ ಜೆ. ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ನನ್ನ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿದುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಬರಹದ ಹಸ್ತಪ್ರತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ವ್ಯಾಧಿಯ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹಲವು ಸಲಹೆ-ಸೂಚನೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿದವರು; ಅವರಿಗೆ ತುಂಬಾ ಕೃತಜ್ಞನಾಗಿರುವೆ.

ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೆಸರಾಂತ ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ನನಗೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸಿದ ಡಾ॥ ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರು; ಈ ಪುಸ್ತಕ ರಚನೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡಿದರು; ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿನ ಇತ್ತೀಚಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ; ಅವರಿಗೆ ನಾನೆಷ್ಟು ಋಣಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಸಾಲದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಆಭಾರ ಮನ್ನಣೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

'ನಮ್ಮ ಶರೀರ, ಅದರ ರಕ್ಷಣೆ' ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ವಿಷಯಗಳು ಮತ್ತು ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಿದ ಅದರ ಕರ್ತೃ ಡಾ॥ ಸಿ. ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ಮತ್ತು ಪ್ರಕಾಶಕರಾದ ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಪ್ರೈ. ಲಿ.,ನ ಶ್ರೀ ಆರ್. ಎಸ್. ರಾಜಾರಾಮ್ ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

'ಸುಧಾ' ವಾರ ಪತ್ರಿಕೆಯ ಸಹಾಯಕ ಸಂಪಾದಕ ಶ್ರೀ ಶರತ್ ಕಲ್ಕೋಡ್ ಅವರು ಹಸ್ತಪ್ರತಿಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ನೀಡಿರುವುದಕ್ಕೆ ನಾನು ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ನಾಡಿನ ಜನಪ್ರಿಯ ಸಾಹಿತಿ ಶ್ರೀ ನಾ. ಡಿಸೋಜ ಅವರು ಹಸ್ತಪ್ರತಿಯನ್ನು ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ್ದಲ್ಲದೆ, ಅವರೂ ಕೂಡ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಸಂದರ್ಭದ ಅನಿಸಿಕೆಗಳ ದಾಖಲಿಸಿ ಕೃತಿಗೆ ಮೌಲಿಕ ಮುನ್ನುಡಿಯನ್ನು ಬರೆದುಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು.

---

* *SURGEON UNDER THE KNIFE* (1976). DR. WILLIAM A. NOLEN M.D., PUBLISHED BY COWARD, Mc CANN & GEOGHEGAN, INC. NEW YORK. N. Y. 10016

ಹಸ್ತಪ್ರತಿಯನ್ನು ಆಮೂಲಾಗ್ರವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿ ಅಮೂಲ್ಯ 'ಹಿನ್ನುಡಿ'ಯನ್ನು ದೆಹಲಿಯ ಆಲ್ ಇಂಡಿಯಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೈನ್ಸ್‌ಸ್‌ನ ನಿರ್ದೇಶಕರೂ ಹಾಗೂ ಇಮರಿಟಸ್ ಪ್ರೊಫೆಸರ್ (ಹೃದ್ರೋಗ ವಿಭಾಗ) ಆಗಿದ್ದ ಕನ್ನಡಿಗ ಡಾ|| ನಗರೂರು ಗೋಪಿನಾಥ್ ಅವರು ಕೃತಿಯ ಮೌಲ್ಯವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕ ವಂದನೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ನನ್ನ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡುತ್ತಿರುವ ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್‌ನ ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಶ್ರೀ ಆರ್. ಎಸ್. ರಾಜಾರಾಮ್ ಅವರು ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೊತ್ತಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಮುಂದೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಆಕರ್ಷಕವಾಗಿ ಹೊರತಂದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಅವರಿಗೂ ನವಕರ್ನಾಟಕ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರಿಗೂ ಆಭಾರ ಮನ್ನಣೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

ಇಂತಹ ಪುಸ್ತಕಗಳಲ್ಲಿ ಜಟಿಲ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಗ್ರಹಿಸಲು ಚಿತ್ರಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಿದ್ದ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಸಂಪಾದಕರಿಗೆ ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಮುಖಪುಟದಲ್ಲಿರುವ ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿತ್ರವನ್ನು ವೊಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಒದಗಿಸಲು ಡಾ|| ವಿವೇಕ್ ಜವಳಿಯವರು ಸಹಕರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ

1. ಅಯ್ಯೋ, ಆ ದಿನ !

ಅಂದು 1999ರ ಜನವರಿ 27ರ ಬುಧವಾರ; ಸಾಯಂಕಾಲ 5 ಗಂಟೆ ಸಮಯ. ಆಗ ತಾನೇ ಚಹಾ ಸೇವನೆ ಮಾಡಿದ್ದೆ ; ಮನೆಯ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದ ಅಡಿಗೆ ಮನೆಗೆ ಹೋಗಿ ಚಹಾದ ಕಪ್‌ನ್ನು ಇರಿಸಿ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆ. ಪುಸ್ತಕವೊಂದನ್ನು ತರುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪಕ್ಕದ ಮಲಗುವ ಕೋಣೆಗೆ ಹೋದೆ. ಮಂಚದ ಮೇಲಿರಿಸಿದ್ದ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ಆ ಕಡೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಬಾಗಿದೆ. ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಎದೆಗೆ ಹಠಾತ್ತನೆ ಗುಂಡಿನ ಏಟು ತಾಗಿದಂತಾಗಿ ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಕುಸಿದುಬಿದ್ದೆ. ಎದೆ ಗೂಡಿನೊಳಗಡೆ ತೀವ್ರ ಚಳುಕು ಹಾಗೂ ವಿಪರೀತ ನೋವು ಉಂಟಾಗತೊಡಗಿತು; ಎದೆ ಮೇಲೆ ಅದೇನೋ ತುಂಬಾ ಭಾರದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಹೇರಿಸಿದಂತಾಗಿ ಉಸಿರಾಡುವುದೂ ದುಸ್ತರವಾಯಿತು. ಎದೆಗೂಡಿನೊಳಗಡೆ ಏನನ್ನೊ ತಿರುಚಿ, ಹಿಸುಕಿದಂತೆಯೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು. ನಾನೆಂದೂ ಅನುಭವಿಸದ ಯಮಯಾತನೆ ! ಸಹಿಸಲಾರದೆ ವಿಲಿವಿಲಿ ಒದ್ದಾಡಿದೆ; ಅತ್ತಿತ್ತ ಹೊರಳಾಡಿದೆ. ತಲೆಯಿಂದ ಕಾಲುಗಳವರೆಗೂ ಮೈ ಬೆವರಿ ಹನಿಹನಿಯಾಗಿ ಇಳಿಯುತ್ತಿತ್ತು. ಪದೇ ಪದೇ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವ ಅವಸರವೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು; ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಏಳುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನೂ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದೆ; ಆದರೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಏಳುವುದರೊಳಗೆ ಮತ್ತೆ ಕುಸಿದು ಬೀಳುತ್ತಿದ್ದೆ. ಬಲಕೈ ಬೆರಳುಗಳಿಂದ ಎಡಗೈ ಮಣಿಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನನ್ನ ನಾಡಿ ಮಿಡಿತವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವನ್ನೂ ಮಾಡಿದೆ; ನಾಡಿ ಮಿಡಿತದ ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲೇ ಇಲ್ಲ. ನಾಡಿಯೂ ನಿಂತು ಹೋಗಿದ್ದು, ನನ್ನ ಅಂತಿಮ ಕ್ಷಣ ಸಮೀಪಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಠೋರ ಸತ್ಯ ಎದಿರಾದಂತೆ ಆಯಿತು. ಇನ್ನೂ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಅಳಿದುಳಿದ ಆಸೆ-ಆಕಾಂಕ್ಷೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಮಣ್ಣು ಪಾಲಾದವಲ್ಲಾ ಎಂಬ ಹತಾಶೆ ನನ್ನನ್ನಾವರಿಸಿತು.

ಈ ನಡುವೆ ಹಿಂಭಾಗದ ಅಡಿಗೆ ಮನೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಲು 'ಅಯ್ಯೋ, ಅಯ್ಯೋ' ಎಂದು ಕೂಗಾಡುತ್ತಲೂ ಇದ್ದೆ. ಅಡಿಗೆ ಮನೆ ತುಸು ದೂರದಲ್ಲಿದ್ದುದರಿಂದ ನನ್ನ ಕೂಗು, ನರಳಾಟ ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಆಕೆಗೆ ಕೇಳಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಕೆಲವೇ ಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಕೇಳಿಸಿದಂತಾದರೂ, ಆಗ ತಾನೇ ಚಹಾ ಕೊಟ್ಟು ಹೋಗಿದ್ದರಿಂದ, ಆ ಕೂಗಾಟ ನನ್ನದಲ್ಲವೆಂದು ಭಾವಿಸಿದಳಂತೆ. ಭಿಕ್ಷೆ ಬೇಡುವುದಕ್ಕೆ ಭಿಕ್ಷುಕನೇನಾದರೂ ಬಂದು ಕೂಗುತ್ತಿರ ಬಹುದೇನೋ ಎಂದು ಮುಂಬಾಗಿಲಿಗೆ ಬಂದಳು. ನನ್ನ ಕೊಠಡಿಯಿಂದಲೇ ನರಳುವ ಕೂಗಾಟ ಕೇಳಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅವಳನ್ನು ಚಕಿತಗೊಳಿಸಿತಂತೆ. ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ನಾನು ಒದ್ದಾಡುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಿದಾಕ್ಷಣ ತುಂಬಾ ಗಾಬರಿಯಾಯಿತು. ಮೈ, ಕೈ, ಮುಟ್ಟಿ ಮಾತನಾಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಳು. ಅವೆಲ್ಲ ತಣ್ಣನೆಯ ಬೆವರಿನಿಂದ ತೊಯ್ದು ಹೋಗಿದ್ದವು. ನನಗೆ ಏನಾಗಿದೆ ಎಂದು ಹೇಳಲೂ ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ನನ್ನ ಸಂಕಟವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿದ್ದ ಫ್ಯಾನನ್ನು ನನ್ನ ಕಡೆ ತಿರುಗಿಸಿ ಚಾಲೂ ಮಾಡಿದಳು. ಅದರಿಂದಲೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾದಂತೆ ಕಾಣಲಿಲ್ಲ. ಕ್ಷೀಣಗತಿಯಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಡುವುದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಜೀವ ಇರುವ ಬೇರಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಇರಲಿಲ್ಲವಂತೆ ! ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಇರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಕಡೆ ಕೈ ಸನ್ನೆ ಮಾಡಿ ತೋರಿಸಿದೆನಂತೆ ; ಅವೂ ಸಿಗಲಿಲ್ಲ !

ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಾವು ವಾಸವಾಗಿದ್ದುದು ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಯಿಂದ ಒಂಬತ್ತು ಮೈಲಿ ದೂರದ ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ. ನಾವಿಬ್ಬರೇ ಆ ದಿನ ಮನೆಯಲ್ಲಿದ್ದುದು. ಹತ್ತಿರದ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಯಾವ ಮನೆಗಳೂ ಇರಲಿಲ್ಲ; ಮನೆ ಕೆಲಸದ ಆಳುಗಳೂ ಹೊರಟುಹೋಗಿದ್ದರು; ನಮ್ಮ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಮಗ ಶ್ರೀನಿವಾಸನೂ ಕೆಲವು ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ತರಲು ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಗೆ ಹೋಗಿದ್ದನು. ಮನೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಟೆಲಿಫೋನು ಎರಡು ದಿನಗಳಿಂದ ಸ್ತಬ್ಧವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿತ್ತು! ನನ್ನಾಕೆಗೆ ಏನು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದೇ ಹೊಳೆಯಲಿಲ್ಲವಂತೆ. ಕೆಲ ಸಮಯ ನನ್ನ ಹತ್ತಿರವಿದ್ದು ಸಾಂತ್ವನ ಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಮತ್ತೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಮುಂಬಾಗಿಲಿಗೆ ಹೋಗಿ ಎದುರಿನ ರಸ್ತೆಯಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೂ ಸುಳಿದಾಡುತ್ತಿರುವರೆ ಎಂದು ನೋಡಲಾರಂಭಿಸಿದಳು. ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲೇ ಸ್ಕೂಟರಿನಲ್ಲಿ ಇಬ್ಬರು ಹೋಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದಳು. ಅವರನ್ನು ನೋಡುತ್ತಲೇ ಬೊಬ್ಬೆ ಹಾಕಿ ಕೂಗಿ, ಅವರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದಳು. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಏನೋ ಅನಾಹುತ ವಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ಗ್ರಹಿಸಿದ ಅವರೂ ಓಡೋಡಿ ಬಂದರು. ನನಗೆ ಏನಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ಅವರಿಗೆ ವಿವರಿಸಿದಳು. ಅಲ್ಲಿಂದ ಅರ್ಧ ಕಿಲೋಮೀಟರ್ ದೂರದಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ಮನೆಗೆ ಸುದ್ದಿ ಮುಟ್ಟಿಸುವಂತೆ ಕೇಳಿಕೊಂಡಳು. ಹಾಗೆಯೇ ಇನ್ನೂ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದಲ್ಲಿದ್ದ ಗಡೀಕಲ್ಲು ಗ್ರಾಮದ ಆಲೇಮನೆ ಎಂಬಲ್ಲಿಗೆ ಮತ್ತೊಬ್ಬರು ಸ್ಕೂಟರಿನಲ್ಲಿ ಹೋಗುವಂತೆ ಕೇಳಿಕೊಂಡಳು. ಆಲೇಮನೆಯ ಸುರೇಶ ನಾಯಕರೆಂಬುವರೂ ಸಹ ಸಂಬಂಧಿಗಳಾಗಿದ್ದು ಅವರ ಹತ್ತಿರ ಕಾರು ಇತ್ತು. ಸುರೇಶ ನಾಯಕರು ಅದೇ ತಾನೆ ಬೇರೆಲ್ಲೋ ಹೋಗಲು ಕಾರನ್ನು ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುತ್ತಿದ್ದರಂತೆ. ವಿಷಯ ತಿಳಿದಾಕ್ಷಣ ಅವರೂ ಸಹಾ ಕಾರಿನಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಮನೆಗೆ ಧಾವಿಸಿದರು. ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸಂಬಂಧಿಕರ ಮನೆಯವರೂ ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಬಂದಿದ್ದರು. ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನೋಡಿದ ಅವರೆಲ್ಲಾ ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಗೆ ಸಾಗಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರು. ನನಗಂತೂ ಎದೆ ನೋವು ಕ್ಷಣ ಕ್ಷಣಕ್ಕೂ ಉಲ್ಬಣ ವಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಅರೆ ಪ್ರಜ್ಞಾವಸ್ಥೆ ಯಲ್ಲಿದ್ದಂತಿತ್ತು. ಕೂಡಲೇ ನನ್ನನ್ನು ಕಾರಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಿದರು. ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯೂ ತುರ್ತಾಗಿ ಕೆಲವು ಬಟ್ಟೆ ಬರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಕಾರಿನಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಪಕ್ಕದಲ್ಲೇ ಸಂತೈಸುತ್ತಾ ಕುಳಿತುಕೊಂಡಳು.

ಸುರೇಶ ನಾಯಕರು ಕಾರನ್ನು ತುಂಬಾ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಚಾಲಿಸಿ ಅರ್ಧ-ಮುಕ್ಕಾಲು ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಗೆ ತಲುಪಿದರು. ಪಯಣಿಸುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿಯ ಹೆಸರಾಂತ ಫಿಜಿಶಿಯನ್ ಡಾ|| ಟಿ. ನಾರಾಯಣಸ್ವಾಮಿಯವರಿಗೆ ನನ್ನನ್ನು ತೋರಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರಂತೆ. ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿ ಪೇಟೆಬೀದಿಯಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಮಾರ್ಗ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಅವರು ಎದುರಾದರಂತೆ. ಕಾರಿನಲ್ಲಿದ್ದವರು ಅವರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಎದೆ ನೋವಿನಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ನನ್ನನ್ನು ಕರೆತಂದಿರುವ ವಿಷಯ ತಿಳಿಸಿದರು. ನನ್ನನ್ನು ಕೂಡಲೇ ಅನುರಾಧಾ ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ಗೆ ಕರೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುವಂತೆ ತಿಳಿಸಿ, ತಮ್ಮ ಕಾರಿನಲ್ಲಿ ಅವರೂ ಹಿಂಬಾಲಿಸಿದರು.

ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಕಾರಿನಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ತಳ್ಳುಗಾಡಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಿದಾಗಲೇ ಡಾ|| ನಾರಾಯಣಸ್ವಾಮಿಯವರು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ ಸ್ಪರ್ಶ ವಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ; ರಕ್ತದೊತ್ತಡವನ್ನು ತುಂಬಾ ಕ್ಷೀಣವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತಂತೆ; ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಶಬ್ದಗಳು ಕ್ಷೀಣವಾಗಿ ಕೇಳಿಬರುತ್ತಿದ್ದವಂತೆ. ನನಗೆ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗಿರುವುದರಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೇನೂ ಅನುಮಾನವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಕೂಡಲೇ ತುರ್ತುಚಿಕಿತ್ಸಾ

ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಮೂಗಿನ ಹೊಳ್ಳೆಗಳ ಮೂಲಕ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಆಮ್ಲ ಜನಕ ಅನಿಲ ಸೇವನೆ ಶುರು ಮಾಡಿಸಿದರು. ಕೈನ ಶಿರೆಗಳ ಮೂಲಕ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ದ್ರಾವಣದ ಡ್ರಿಪ್ ಆರಂಭಿಸಿದರು. ಎದೆ ನೋವಿನ ಉಪಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ಪೆಥಿಡೀನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ನ್ನು ಸೊಂಟ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕವೂ ನೀಡಿದರು. ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲೇ ನನ್ನ ಎದೆ ನೋವು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಮರುಕಳಿಸಿ ಪ್ರಜ್ಞೆ ಬಂದಂತಾಗಿ ಕಣ್ಣು ತೆರೆದು ಸುತ್ತಲೂ ನೋಡ ತೊಡಗಿದೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ಆಗಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೇ ಕಳುಹಿಸುವುದು ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗವೆಂಬ ನಿರ್ಧಾರ ಡಾ॥ ನಾರಾಯಣಸ್ವಾಮಿಯವರದ್ದಾಯಿತು. ಹಾಗೂ ಶಿವಮೊಗ್ಗ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞರಾದ ಡಾ॥ ಜೆ. ನರೇಂದ್ರ ಅವರನ್ನು ಟೆಲಿಫೋನಿನಲ್ಲಿ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ, ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಮುಂದುವರಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅವರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ತಿಳಿಸಿದರು. ಈ ನಡುವೆ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಮಾರು ಅರ್ಧ ಗಂಟೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಹದಕ್ಕೆ ಬಂದಿತ್ತಂತೆ.

ಈ ನಡುವೆ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಮಗ ಶಂಕರಮೂರ್ತಿ ಮತ್ತು ತನ್ನ ಅಣ್ಣ ತಮ್ಮಂದಿರ ಮನೆಗೂ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ವಿಷಯವನ್ನು ಟೆಲಿಫೋನ್ ಮೂಲಕ ತಿಳಿಸಿದಳು. ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲೇ ಇದ್ದ ನನ್ನಾಕೆಯ ಸೋದರಮಾವ ಕೊಳಾವರ ರಾಮಸ್ವಾಮಿಯವರಿಗೂ ತಿಳಿಸಿ ಅವರೂ ಸಹ ನಮ್ಮ ಜೊತೆ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಬರುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿದರು. ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ಹೋಗಲು ನಾವು ಬೇರೊಂದು ಕಾರನ್ನು ಗೊತ್ತು ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿದ್ದೆವು. ಆದರೆ ಆಲೇಮನೆ ಸುರೇಶ ನಾಯಕರು ತುಂಬಾ ಉದಾರತೆಯಿಂದ ನಮ್ಮ ಕಾರಿನಲ್ಲೇ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ತಲುಪಿಸಲು ಮುಂದಾದರು. ಹಾಗೂ ಕಾರನ್ನು ತುಂಬಾ ವಿಚಕ್ಷಣತೆಯಿಂದ ಚಾಲಿಸಿ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯನ್ನು ತಲುಪಿಸಿದರು.

ನಾವು ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಸುಮಾರು ಎಂಟು ಗಂಟೆಯಾಗಿರಬಹುದು. ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ನಮಗಾಗಿ ಕಾಯ್ದುಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿಕರೆಲ್ಲಾ ತುಂಬ ಕಾತರದಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಸೇರಿದ್ದರು. ಕೂಡಲೇ ನನ್ನನ್ನು ಇಂಟೆನ್ಸಿವ್ ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಕೇರ್ ಯೂನಿಟ್‌ಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಿದರು. ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ಕಳೆದ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದವರು. ಹಾಗೂ ಮೂರು ತಿಂಗಳ ಹಿಂದೆ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ್ದರು. ನನಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬಾರದೇ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಹಿಂದೆ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದ್ದರು. ಹಾಗಾಗಿ ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಹಿಂದಿನ ಇತಿಹಾಸದ ಪರಿಚಯವಿದ್ದಿತು; ಆದರೂ ಮತ್ತೊಂದು ಸಾರಿ ನನ್ನನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳ ಪಡಿಸಿದರು. ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.* ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನೂ ಜರುಗಿಸಿದರು. ಅವರು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಂತೆ

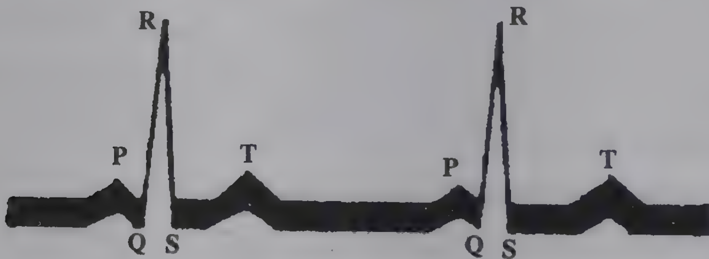
---

* **ಇಲೆಕ್ಟ್ರೋ ಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಮ್** (ELECTRO CARDIOGRAM) ಇ.ಸಿ.ಜಿ. E.C.G. : ಹೃದಯವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ನಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ಅಂಗಾಂಗಗಳ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿಯ ಪ್ರೇರಣೆಯೇ ಮೂಲಾಧಾರವೆಂಬುದು ಈಗ ಸಾಬೀತಾದ ವಿಷಯ. ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಸಂಕುಚನ ಮತ್ತು ವಿಕಸನಗಳ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಅಲ್ಪ ಬಲದ ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಎದೆಗೂಡಿನ

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಒಂದು ಖಂಡ ಭಾಗ (segment)ದಲ್ಲಿ ಗರಣೆ (ಹೆಪ್ಪು)ಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆ ಸಿಲುಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಹಾಗಾಗಿರುವುದು ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿತು.

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಗರಣೆ ಕಟ್ಟು (ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟು)ವುದರಿಂದ ಮೊಸರಿನ ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಮುದ್ದೆ (clot)ಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಅಂತಹವೇ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಖಂಡ ಭಾಗವೊಂದರಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ರಕ್ತದ ಹರಿವಿನ ಮುಂದುವರಿದ ಚಲನೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗುವುದು. ಹಾಗೆ ಸಿಲುಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಮುದ್ದೆಯನ್ನು ಮುಂದಿನ 6-8 ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ಕರಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದರೆ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಮತ್ತೆ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ಆಗುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಾನಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯೂ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ನಾನು ಆರು ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ತಲುಪಲು ಸಾಧ್ಯವಾದುದರಿಂದ ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಕೈನೇಸ್ ಎಂಬ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿದರು. ಸುಮಾರು 1986ರ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಆ ಮದ್ದು ಸ್ವಲ್ಪ ದುಬಾರಿ ಎನ್ನಬಹುದಾದರೂ ಬಹಳಷ್ಟು

ನಾನಾ ದಿಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಎದೆಗೂಡಿನ ವಿವಿಧ ತಾಣಗಳಲ್ಲಿರಿಸಿದ ಒಂದು ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಯಂತ್ರದ ಸಹಾಯದಿಂದ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು; ಹಾಗೂ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಕಾರ್ಯದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ವಿದ್ಯುತ್ ಬಲದ ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿದ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಕಾಗದದಲ್ಲಿ ರೇಖಾಚಿತ್ರ ರೂಪದಲ್ಲಿ ದಾಖಲು ಮಾಡಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ಆ ರೀತಿಯ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಹಾಲೆಂಡ್ ದೇಶದ ವಿಲಿಯಂ ಐನ್‌ಥೋವನ್ ಎಂಬುವರು 1924ರಲ್ಲಿ ಆವಿಷ್ಕರಿಸಿದರು. ಅದೇ ಇಲೆಕ್ಟ್ರೋ ಕಾರ್ಡಿಯೋ ಗ್ರಾಮ್ ಎಂದು ಹೆಸರಾಗಿದೆ.



(ಚಿತ್ರ - 1) ಸಹಜ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.

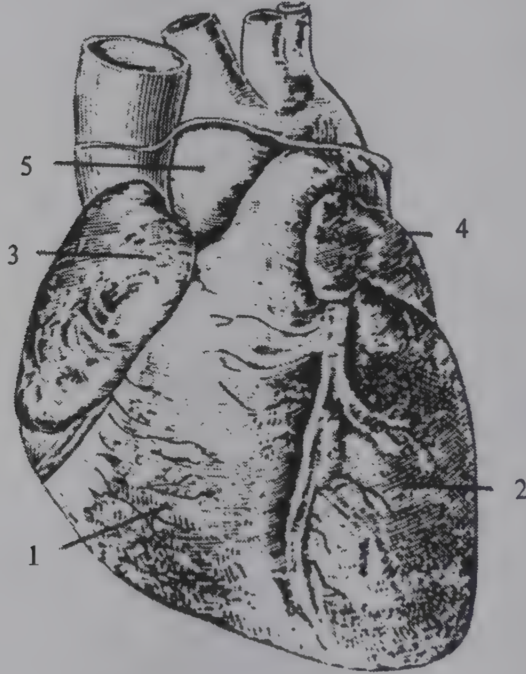
ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿ ದೇಹದ ಹೊರಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮೂರು ದಿಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಗುರುತಿಸಿದ ದಿಕ್ಕುಗಳ ಕೇಂದ್ರಗಳನ್ನು ಲೀಡ್‌ಗಳೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎದೆ, ಕೈ ಮತ್ತು ಕಾಲುಗಳ ನಿಗದಿತ ಲೀಡ್ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯುತ್ ತಂತಿಗಳಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ಫಲಕಗಳನ್ನು ಅಂಟಿಸಿ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕ ಉಂಟುಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವು ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಡುಗಳಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಹಾಗೆ ದಾಖಲಾದ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಯ ರೇಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಐದು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಉಬ್ಬು-ತಗ್ಗುಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಿಗೆ P.Q.R.S.T. ಸಂಕೇತಾಕ್ಷರಗಳನ್ನು ಕೊಡಲಾಗಿದೆ (ಚಿತ್ರ 1). ಹೃದಯ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ವಿದ್ಯುತ್ತಿನ ಏರಿಳಿತಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದರಿಂದ ನುರಿತ ವೈದ್ಯರು ಅದರಲ್ಲುಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ರೋಗಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವರು. ಹೃದಯಾಘಾತದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳ ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಿದೆಯೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ನನ್ನಲ್ಲಿ ಅದು ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿತಂತೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸ್ಥಿರಗೊಳಿಸಲು ಹೈಡ್ರೋ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಇನ್ಸುಲಿನ್, ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಡ್ರಿಪ್ ಮುಂತಾದ ಬೆಂಬಲೋಪಚಾರದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿದರು.

ಆ ರಾತ್ರಿ ಎದೆ ನೋವು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವ ತೊಂದರೆಗಳ ಅರಿವಿಲ್ಲದೆ ನಿದ್ರೆ ಮಾಡಿದೆ. ಮರುದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಪೂರ್ಣ ಎಚ್ಚರವಾಯಿತು. ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಸ್ಪೆಷಲ್ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಸ್ಥಳಾಂತರಿಸಿದರು; ಹಾಗೂ ಅತ್ಯಂತ ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮುಂದುವರೆಸಿದರು. ಹಲವು ಸಾರಿ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಯಿತು. ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳೂ ಜರುಗಿದವು. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದ ಕಾರೊನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯುಂಟುಮಾಡಿದ್ದ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ್ದ ಮುದ್ದೆ, ಹಿಂದಿನ ದಿನ ನೀಡಿದ ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಕೈನೇಸ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಕರಗಿಹೋಗಿದ್ದು ಸಾಬೀತಾಯಿತಂತೆ; ಅದರಿಂದ ಆ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಎಂದಿನಂತೆ ರಕ್ತ ಹರಿವು ಶುರುವಾಗಿ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದಿತು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೇ ಮುಂದುವರಿದಿದ್ದರಿಂದ ದಿನಾಂಕ 3-2-1999ರಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ತ್ವರಿತವಾಗಿ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ತೆರಳಿ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿದರು.

2. ಹೃದಯದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

*"ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿರುವ ಕೋಟ್ಯಾನುಕೋಟಿ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿ ಕ್ಷಣ ಆಹಾರ ಬೇಕು, ಆಮ್ಲಜನಕ ಬೇಕು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಲ್ಮಷ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಅಲ್ಲಿಂದ ಪ್ರತಿ ಕ್ಷಣ ಹೊರ ಸಾಗಿಸುತ್ತಲಿರಬೇಕು. ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗಂತೂ ಬಕಾಸುರನಂತಹ ಹಸಿವು. ಒಂದು ನಿಮಿಷ ಆಹಾರ ಆಮ್ಲಜನಕ ಸಿಗದೇ ಹೋದರೆ, ಅವು ಸತ್ತೇ ಹೋಗಬಹುದು. ಈ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಕೋಶಗಳ ಎಂದೂ ಹಿಂಗದ ಹಸಿವನ್ನು ತಣಿಸಲು ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ರಕ್ತವಿದೆ. ಅದು ದೇಹದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗಳನ್ನು ಮುಟ್ಟಬೇಕು. ರಕ್ತ ಒಂದೆಡೆ ನಿಲ್ಲುವಂತಿಲ್ಲ. ಸದಾ ಚಲಿಸುತ್ತಲೇ ಇರಬೇಕು. ಪ್ರತಿಕೋಶಕ್ಕೆ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಪೂರೈಸುತ್ತಾ, ಕಲ್ಮಷಗಳನ್ನು ಅಲ್ಲಿಂದ ಹೊರ ಸಾಗಿಸಿ, ಅವನ್ನು ವಿಲೇವಾರಿ ಮಾಡುವ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಅವನ್ನು ತಲುಪಿಸಬೇಕು. ರಕ್ತ ಚಲಿಸುವುದು ಸ್ವಲ್ಪ ನಿಧಾನವಾಯಿತೆಂದರೆ, ಅದರಲ್ಲಿರುವ ಕೆಂಪು ಮತ್ತು ಬಿಳಿ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಗರಣೆ ಕಟ್ಟುತ್ತವೆ. ಆದ್ದರಿಂದ ರಕ್ತವು ಸದಾ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಮತ್ತು ದೇಹದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡಲು 'ಹೃದಯ' ಎಂಬ ಅಚ್ಚರಿ ಹುಟ್ಟಿಸುವ ಯಂತ್ರ ನಮ್ಮ ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಳಗಡೆ, ಎರಡು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳ ನಡುವೆ ಇದೆ.



(ಚಿತ್ರ - 2) ಹೃದಯದ ಬಾಹ್ಯ ನೋಟ

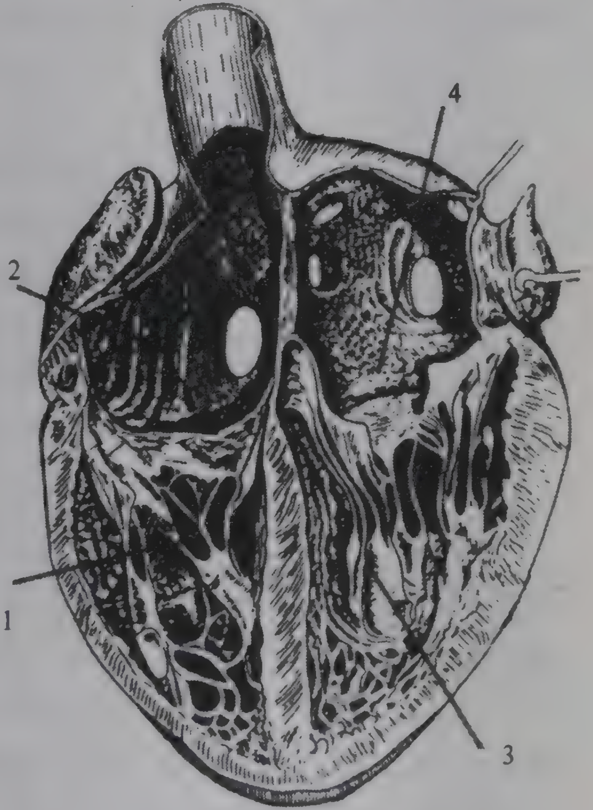
1. ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ 2. ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ 3. ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣ 4. ಎಡ ಹೃತ್ಕರ್ಣ 5. ಮಹಾಧಮನಿ

---

* ಹೃದಯದ ರಚನೆಯ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಡಾ।। ಸಿ. ಆರ್. ಚಂದ್ರಶೇಖರ್ ವಿರಚಿತ *ನಮ್ಮ ಶರೀರ ಅದರ ರಕ್ಷಣೆ* - ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪಬ್ಲಿಕೇಷನ್ಸ್ ಪುಸ್ತಕದಿಂದ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಲಾಗಿದೆ.

(ಚಿತ್ರ 2) ನಮ್ಮ ಮುಷ್ಟಿಯ ಗಾತ್ರವಿರುವ ಈ ಪುಟ್ಟ ಅಂಗವು ಒಂದು ಕರ್ಮಯೋಗಿ. ಸರಾಸರಿ ಪ್ರತಿ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ ಎಪ್ಪತ್ತು ಬಾರಿ ಸಂಕುಚಿತಗೊಳ್ಳುತ್ತಾ, ಹುಟ್ಟಿನಿಂದ ಹಿಡಿದು ಸಾಯುವ ಕ್ಷಣದವರೆಗೂ ನಿರಂತರವಾಗಿ ದುಡಿಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಅಂಗಕ್ಕೆ, ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮೂಲೆಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯಲು ಮತ್ತು ರಕ್ತವನ್ನು ಅಲ್ಲಿಂದ ವಾಪಸ್ ತರಲು ರಕ್ತನಾಳಗಳೆಂಬ ಒಂದು ಬೃಹತ್ ಕೊಳವೆ ಜಾಲವೇ ಇದೆ.

''ಹೃದಯವು ಕಮಲದ ಮೊಗ್ಗಿನಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಮಾವಿನ ಹಣ್ಣಿನಾಕಾರದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅದರ ತುದಿ ಎದೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತಾಕುತ್ತದೆ. ಸಣ್ಣಗಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅದರ ಮಿಡಿತವನ್ನು, ಎಡಗಡೆ ಸ್ತನದ ತೊಟ್ಟಿನಿಂದ ಸುಮಾರು ನಾಲ್ಕು ಸೆಂಟಿಮೀಟರ್ ಕೆಳಕ್ಕೆ ಕಾಣಬಹುದು ಅಥವಾ ಬೆರಳಿಟ್ಟು ಸ್ಪರ್ಶದಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಹೃದಯದ ಭಿತ್ತಿ ನಯವಾದ, ದಣಿವರಿಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಂದ ಮಾಡಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಹೃದಯದ ಒಳಗಡೆ ನಾಲ್ಕು ಕೋಣೆಗಳಿವೆ. (ಚಿತ್ರ 3). ಮೇಲಿನ ಎರಡು ಕೋಣೆಗಳಿಗೆ ಕಿವಿಯಂತಿರುವ ಉಪಾಂಗವಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಎಡ ಮತ್ತು ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣಗಳು ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಕೆಳ ಕೋಣೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಆಳವಾಗಿ, ಬಲವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವನ್ನು ಎಡ ಮತ್ತು ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಗಳೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಎಡಗಡೆಯ ಮತ್ತು ಬಲಗಡೆಯ ಕೋಣೆಗಳಿಗೆ ನೇರವಾದ ಸಂಪರ್ಕವಿಲ್ಲ. ಎಡ ಹೃತ್ಕರ್ಣ ಮತ್ತು ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯ ನಡುವೆ ದ್ವಾರವಿದ್ದು, ಎರಡು ದಳದ ಕವಾಟ ವಿದೆ. ಇದು ರಕ್ತವನ್ನು ಹೃತ್ಕರ್ಣದಿಂದ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಗೆ ಬಿಡುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು, ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯಿಂದ ಹೃತ್ಕರ್ಣಕ್ಕೆ ಹೋಗಲು ಬಿಡುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆಯೇ ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣ ಮತ್ತು ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಗಳ ನಡುವೆ ಮೂರು ದಳದ ಕವಾಟವಿದೆ.



(ಚಿತ್ರ - 3) ತೆರೆದ ಹೃದಯ

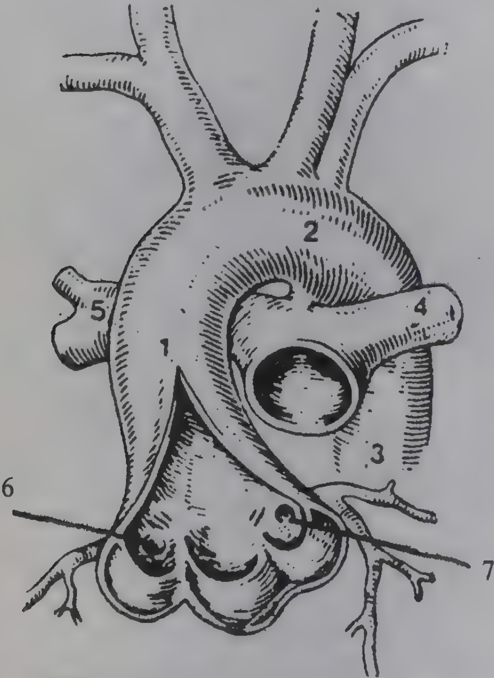
1. ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ 2. ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣ 3. ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ 4. ಎಡ ಹೃತ್ಕರ್ಣ

''ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಿಂದ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಹಾಗೂ ದೊಡ್ಡ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ (ಮಲಿನ) ರಕ್ತವು ಹೃದಯವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ತಲೆ ತೋಳುಗಳಿಂದ ಉಚ್ಚ ಮಹಾಶಿರವೂ, ಮುಂಡ, ಕಾಲುಗಳಿಂದ ನಿಮ್ನ ಮಹಾಶಿರವೂ, ಮಲಿನ ರಕ್ತವನ್ನು ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣಕ್ಕೆ ತರುತ್ತವೆ. ಇಲ್ಲಿಂದ ರಕ್ತವು ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯನ್ನು ಸೇರಿ, ಅನಂತರ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಧಮನಿಯನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಈ ಧಮನಿ ಕವಲಾಗಿ, ಬಲ ಧಮನಿಯು ಬಲ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೂ, ಎಡ ಧಮನಿಯು ಎಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೂ, ಈ ರಕ್ತವನ್ನು ಒಯ್ಯುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಮಲಿನ ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಇಂಗಾಲಾಮ್ಲವನ್ನು ಗಾಳಿ ಗೂಡುಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟು, ಪ್ರತಿಯಾಗಿ ಅಲ್ಲಿರುವ ಗಾಳಿಯಿಂದ

ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಪಡೆದು, ರಕ್ತ ಶುದ್ಧಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಶುದ್ಧ ರಕ್ತವು ಬಲಗಡೆಯ ಎರಡು ಮತ್ತು ಎಡಗಡೆಯ ಎರಡು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಶಿರೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹರಿದು ಎಡ ಹೃತ್ಕರ್ಣವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಮುಂದೆ ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯನ್ನು ತಲುಪುತ್ತದೆ. ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ ಅತ್ಯಂತ ಬಲವಾದ ಸ್ನಾಯುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಬಲವಾಗಿ ಸಂಕುಚಿತಗೊಂಡಾಗ, ರಕ್ತವು ಮಹಾಧಮನಿಗೆ (ಅಯೋರ್ಟಾ) ನುಗ್ಗುತ್ತದೆ. ಮಹಾಧಮನಿಯು ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ವೃತ್ತಾಕಾರವಾಗಿ ಎಡಕ್ಕೆ ಬಾಗಿ, ಹೃದಯದ ಹಿಂದೆ ಹಾಯ್ದು, ಬೆನ್ನುಮೂಳೆಯ ಮುಂದೆ ಇಳಿಯುತ್ತಾ, ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಸೇರಿ, ಹೊಕ್ಕಳಿಗಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಕೊನೆ ಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ಕವಲೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಒಂದೊಂದೂ ಒಂದೊಂದು ಕಾಲಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಮಹಾಧಮನಿಯ ಕಮಾನಿನಿಂದ ಎರಡು ದೊಡ್ಡ ಧಮನಿಗಳು (ಒಂದು ಎಡ ಮತ್ತು ಇನ್ನೊಂದು ಬಲ) ಹೊರಟು ತಲೆ, ಮಿದುಳನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಮಹಾಧಮನಿಯಿಂದಲೇ ಎರಡು ಹೃದಯ ಧಮನಿಗಳು ಶಾಖೆಯೊಡೆದು ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಸುತ್ತವೆ. ''

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು

ಈ ತನಕ ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ಸಂಚರಿಸಿದ ನಂತರ ಮಲಿನವಾದ ರಕ್ತವು ಹೃದಯವನ್ನು ತಲುಪುವುದು; ಅಲ್ಲಿಂದ ಅದು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಶುದ್ಧವಾಗಿ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ವಾಪಸು ಬಂದು ಮಹಾಧಮನಿಯ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳ ಮೂಲಕ ತಲೆಯಿಂದ ಕೈಕಾಲುಗಳಿಗೆಲ್ಲಾ ಸಂಚರಿಸಲು ಇರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಇವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡೆವಷ್ಟೆ. ಆದರೆ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ಯಾವ ರೀತಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆ ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಹೃದಯದಲ್ಲೇ ರಕ್ತವೂ ಸದಾಕಾಲ ತುಂಬಿಕೊಂಡಿರುವುದಾದರೂ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ನೇರ ಬಳಕೆಗೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ಆಚ್ಚರಿಯಾಗಬಹುದು. ಮಹಾ ಧಮನಿಯಿಂದಲೇ ಎರಡು ಹೃದಯ ಧಮನಿಗಳು ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ಟಿಸಿಲೊಡೆದು ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಸುತ್ತವೆಂದು ಹಿಂದೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತಷ್ಟೆ. ನಾವೀಗ ಆ ಧಮನಿಗಳ ಕವಲುಗಳು ಮತ್ತು ವಿನ್ಯಾಸದ ಬಗೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುವುದು ಉಚಿತ.



(ಚಿತ್ರ 4) ಅಯೋರ್ಟಾದಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಉಗಮದ ತಾಣಗಳು

1. ಏರುವ ಮಹಾಧಮನಿ 2. ಮಹಾಧಮನಿಯ ಕಮಾನು 3. ಇಳಿದ ಮಹಾಧಮನಿ 4. ಎಡ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಧಮನಿ 5. ಬಲ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಧಮನಿ 6. ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ 7. ಎಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ

ಹೃದಯ ಶಿರೋಭಾಗದಿಂದ ಹೊರಟ ಮಹಾಧಮನಿ(ಅಯೋರ್ಟಾ)ಯ ಆದಿ

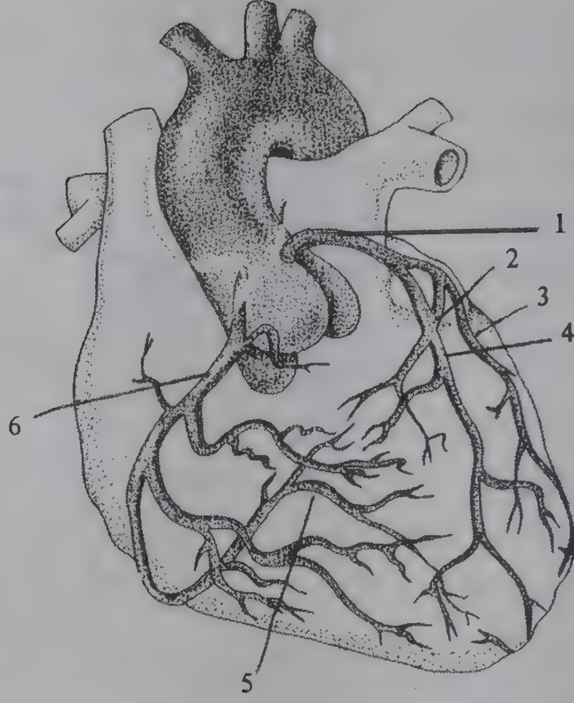
ಭಾಗದಲ್ಲೇ ಉದ್ಭವಿಸಿ ಈ ಎರಡು ಧಮನಿಗಳು ಹೃದಯದ ಶಿರೋಭಾಗವನ್ನು ಆವರಿಸಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳಿಗೆ ''ಕಿರೀಟ ಧಮನಿ'' ಅಥವಾ ''ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ'' (Caronory Arteries)ಗಳೆಂಬ ಹೆಸರು ಅನ್ವರ್ಥವಾಗಿ ಬಂದಂತಿದೆ. ಮಹಾ ಧಮನಿಯು ಆರಂಭವಾಗುವ ಮೊದಲ ಅರ್ಧ ಅಂಗುಲದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಎಡ ಮತ್ತು ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ಉದ್ಭವ ವಾಗುತ್ತವೆ. ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಒಳಗಿನ ವ್ಯಾಸ ಕೇವಲ 2-3 ಮಿಲಿ ಮೀಟರ್‌ನಷ್ಟು ಇರುತ್ತದೆ. (ತಂಪು ಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ಕುಡಿಯಲು ಬಳಕೆಯಾಗು ತ್ತಿರುವ ಹೀರು ನಳಿಕೆ (straw)ಯಷ್ಟು! ಈ ಎರಡು ಧಮನಿಗಳು ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳೊಳಗಡೆ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ಟಿಸಿಲೊಡೆದು ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ರಕ್ತವನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ವ್ಯಾಪಕ ಜಾಲವನ್ನೇ ಸೃಷ್ಟಿಮಾಡಿವೆ (ಚಿತ್ರ 5).



(ಚಿತ್ರ 5) ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ

ಎಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯು ತಾನು ಆರಂಭವಾದ ಒಂದು ಅಂಗುಲದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಎರಡು ಪ್ರಮುಖ ಕವಲುಗಳಾಗಿ ಟಿಸಿಲೊಡೆಯುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ 6). ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು 'ಸುತ್ತಿ ಬಳಸುವ ಧಮನಿ' ಅಥವಾ 'ಸರ್‌ಕಮ್ ಫ್ಲೆಕ್ಸ್ ಧಮನಿ' (Circum flex Artery ಸಿ.ಎಫ್.ಎ.) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಹೃದಯದ ಮುಂಭಾಗದಿಂದ ಹೊರಟು, ಎಡ ಪಾರ್ಶ್ವದ ಮೂಲಕ ಸಂಚರಿಸಿ, ಹೃದಯದ ಹಿಂಭಾಗದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಎಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಇನ್ನೊಂದು ಟಿಸಿಲನ್ನು 'ಎಡಗಡೆಯಿಂದ ಮುಂಭಾಗದ ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಯುವ ಧಮನಿ - ಎಡಗಡೆಯ ಆಂಟೀರಿಯರ್ ಡಿಸೆಂಡಿಂಗ್ ಧಮನಿ (ಎಲ್.ಡಿ.ಎ. Anterior Descending Artery) ಎಂದು ಹೆಸರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಧಮನಿಯು ಹೃದಯದ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಳಮುಖವಾಗಿ ಇಳಿದು ಹೃದಯದ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ಭಾಗವೆನಿಸಿದ ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯು (ಆರ್.ಸಿ.ಎ. Right Coronary Artery) ಮೊದಲಿಗೆ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಿರಿದಾದ ಒಂದು ಕವಲನ್ನು ಕೊಡುತ್ತದಾದರೂ, ಉಳಿದವೆಲ್ಲಾ ತೀರಾ ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಧಮನಿಯು ಹೃದಯದ ಬಲಭಾಗ ಮತ್ತು ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಗಳಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಎರಡೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳು ಮುಂದುವರಿ ದಂತೆಲ್ಲಾ ಇನ್ನೂ ಚಿಕ್ಕ ಪುಟ್ಟ ಟಿಸಿಲುಗಳಾಗಿ ಹೃದಯದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ ಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ (ಚಿತ್ರ 5). ಬಹುಪಾಲು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಧಮನಿಗೆ ಸೀಮಿತ ವಾಗಿರಬಹುದಾದ ವಲಯಕ್ಕೆ ಪಕ್ಕದ ಇನ್ನೊಂದು ವಲಯದ ಧಮನಿಯ ಟಿಸಿಲುಗಳೂ ಚಾಚಿಕೊಂಡು (Overlapping) ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು



(ಚಿತ್ರ 6) ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಶಾಖೆಗಳು

1. ಎಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ (ಎಲ್.ಸಿ.ಎ.) 2. ಎಡ ಭಾಗದಿಂದ ಸುತ್ತಿ ಬಳಸುವ ಧಮನಿ (ಸಿ.ಎಫ್.ಎ.) 3. ಅಂಚಿನ ಮೊಂಡು ಧಮನಿ 4. ಎಡಗಡೆಯಿಂದ ಮುಂಗಡೆ ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಯುವ ಧಮನಿ (ಎಲ್.ಡಿ.ಎ.) 5. ಹಿಂಬದಿಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಯುವ ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ (ಆರ್.ಪಿ.ಡಿ.ಎ.) 6. ಬಲಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ (ಆರ್.ಸಿ.ಎ.)

ಸಹ ಇರುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಒಂದು ಕವಲು/ಟಿಸಿಲಿನ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾದರೆ, ಪಕ್ಕದ ಇನ್ನೊಂದು ಕವಲಿನ ಟಿಸಿಲುಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಹರಿದು ಅಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನಾಹುತ ಉಂಟಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಇದಕ್ಕೆ ಪರ್ಯಾಯ ರಕ್ತ ಹರಿವಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ (Collateral circulation) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಪರ್ಯಾಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇಲ್ಲದಿರುವುದೂ ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 5-6 ಲೀಟರ್ ರಕ್ತವಿರಬಹುದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ದೇಹದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜೀವಕೋಶದ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಅವಕ್ಕೆ ದೊರೆಯುವ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣದಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಅಂಶ ದೇಹದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಹೊತ್ತು ಸಾಗಿಸುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ರಕ್ತವು ಎಡಬಿಡದೆ ಪ್ರವಾಹದೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ದೇಹದಲ್ಲೆಲ್ಲಾಕಡೆ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ದೇಹದ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ, ಮಿದುಳು ಹೃದಯಗಳಂಥ ಜೀವಾಧಾರ ಅವಯವಗಳಿಗೆ, ಕೇವಲ 4-5 ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟು ಸಮಯ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಾಗದಿದ್ದರೂ ಸಾವು ಖಚಿತವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತವು ಸತತವಾಗಿ ಹರಿಯುತ್ತಲೇ ಇರುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಹೃದಯವು ನೀರೆತ್ತುವ 'ಪಂಪ್'

(Pump)ನಂತೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಾದಾಗಿನಿಂದಲೂ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಜೀವಿಸುವ 75-100 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಹೃದಯವು ಪ್ರತಿ ನಿಮಿಷವೂ ಸರಾಸರಿ ಎಪ್ಪತ್ತು ಸಾರಿ ಕಿಂಚಿತ್ತೂ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯಿಲ್ಲದೆ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದರಿಂದಲೇ ಮನುಕುಲ ಹಾಗೂ ಮತ್ತಿತರ ಜೀವ ಸಂಕುಲಗಳು ಬಾಳಿ ಬದುಕುತ್ತಿರುವುದು.

ಹೃದಯ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವಾಗ ಅಲ್ಪ ಬಲದ ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ಈ ಮೊದಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತಷ್ಟೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯು ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲೇ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ 'ವಹನ ಊತಕ' (Conduction Tissue) ಪ್ರೇರಣೆಯನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರ ಪ್ರೇರಣೆಯಿಂದಲೇ ಹೃದಯದ ಸಂಕುಚನ-ವಿಕಸನ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಕ್ರಮಾನುಗತಿಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುವುದು.

ಹೃದಯವನ್ನು ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪಂಪ್ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದಾದರೂ, ಅದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸರಳ ಅವಯವವೆಂದು ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗದು. ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಅದರ ಬಗೆಗೆ ಪವಿತ್ರ ಹಾಗೂ ಗೌರವದ ಭಾವನೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರಿ ನಿಂತಿದೆ.* ಅದರ ಬಾಹ್ಯ ಆಕಾರವೇ ಪ್ರೀತಿ, ಪ್ರೇಮ ಮತ್ತು ಸೌಹಾರ್ದತೆಗಳ ಸಂಕೇತವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಅದೇ ನಮ್ಮ ಆತ್ಮದ ನೆಲೆ, ಪ್ರೀತಿಯ ಸೆಲೆ, ಕರುಣೆಯ ಬುಗ್ಗೆ ಎಂಬೆಲ್ಲಾ ಭಾವನೆಗಳ ಕೇಂದ್ರವೆಂದು ಇಂದಿಗೂ ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದಲೇ 'ಸಹೃದಯಿ', 'ಹೃದಯವಂತ', 'ಭಗ್ನ ಹೃದಯಿ', 'ಕಠಿಣ ಹೃದಯಿ', 'ನಿರಾತಂಕ ಹೃದಯಿ' ಮುಂತಾದ ಗುಣವಾಚಕ ಪದಗಳನ್ನು ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಆರೋಪಿಸುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಇದೆಲ್ಲದರಿಂದಾಗಿ ಅದೊಂದು ತುಂಬಾ ಸಂಕೀರ್ಣ ಅವಯವವೆನ್ನಬಹುದು. ಈಗಿನ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಮೇಲೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಭಾವನೆಗಳು ಮಾಯವಾಗುವ ಕಾಲ ಸನ್ನಿಹಿತವೂ ಆಗಿದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನಲ್ಲಿ ಶಿಥಿಲವಾದ ಹೃದಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿ ಗತಿಸಿದ ದಾನಿಯೊಬ್ಬನ ಹೃದಯವನ್ನು ನಾಟಿ ಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಷ್ಟೇ ಅಲ್ಲ – ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುವ ಲೋಹದಿಂದ ನಿರ್ಮಿತವಾದ ಕೃತಕ ಹೃದಯವೂ ಮಾನವನ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ದಿನಗಳೂ ದೂರವಿಲ್ಲ! ಏನೇ ಆದರೂ ನಮ್ಮ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಮತ್ತು ಪರಿಸರ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು, ಶ್ರುತಿ-ಲಯಬದ್ಧವಾಗಿ ವರ್ತಿಸಿ, ಜೀವಮಾನವೆಲ್ಲಾ ನಮ್ಮನ್ನು ಕಾಪಾಡುತ್ತಿರುವ ಪುಟ್ಟ ಈ ಅವಯವವನ್ನು ಪ್ರೀತಿ, ಗೌರವ, ಪೂಜ್ಯ ಭಾವನೆಗಳಿಂದಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸದಾ ಸ್ವಸ್ಥತೆಯಿಂದಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ನಮ್ಮ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಬೇಕು.

---

* ಜನಪದದ ಆಡು ಮಾತಿನಲ್ಲಿ 'ಗುಂಡಿಗೆ' ಎನ್ನುವುದೂ ಹೃದಯವನ್ನು ಕುರಿತೇ. ಹೆಸರಾಂತ ಜಾನಪದ ಹಾಡು 'ಗೋವಿನ ಕಥೆ'ಯಲ್ಲಿ ಬರುವ – ''ಖಂಡವಿದೆಕೋ, ಮಾಂಸವಿದೆಕೋ, ಗುಂಡಿಗೆಯ ಬಿಸಿ ರಕ್ತವಿದೆಕೋ, ಚಂಡ ವ್ಯಾಘ್ರನೆ ನೀನಿದೆಲ್ಲವ ಉಂಡು ಸಂತಸದಿಂದಿರು.....'' ಸಾಲುಗಳನ್ನು ಮರೆಯಲಾದೀತೇ ?

3. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ

ಕಾರಣಗಳು

ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಉದ್ಭವ, ವಿನ್ಯಾಸ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡೆವಷ್ಟೆ. ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳು ರೋಗಗ್ರಸ್ತವಾಗುವಂತೆಯೇ ಹೃದಯವೂ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಗೆ ಹೊರತಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ವ್ಯಾಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳೇ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥವಾಗುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಹೃದ್ರೋಗವೆಂದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ರೋಗವೆಂದೇ (Coronary Artery Disease – C.A.D.) ಭಾವನೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ; ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ವ್ಯತ್ಯಯದಿಂದ ಆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ಹೃದಯದ ರಕ್ತ ಕೊರತೆಯ ರೋಗ (Ischaemic Heart Disease – I.H.D.) ಎಂದೂ ಅದನ್ನು ಕರೆಯುವ ವಾಡಿಕೆ ಇದೆ.

ದೇಹದ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ಹಾಗೂ ಜೀವಾಧಾರ ಅವಯವವಾದ, ಹೃದಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ಕೊರತೆಯುಂಟಾದಾಗ ಅದರ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಲೋಪದೋಷಗಳುಂಟಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಅದರಿಂದ ಬಳಲುವವರು ತಮ್ಮ ಜೀವನದ ಕಾರ್ಯಭಾರಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅನಾನುಕೂಲಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಲೂಬಹುದು; ಇನ್ನುಳಿದವರು ಬಹಳ ಸಮಯ ಬಳಲಿ ಬಸವಳಿಯಲೂಬಹುದು. ಆದರೆ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಿಂದಲೇ ತಮ್ಮ ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ, ಸ್ವಭಾವ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ವಿನಾಯಿತಿ ಪಡೆಯಬಹುದು; ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತರಾದವರು ಅಂತಹ ಆಚರಣೆಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲಿಸಿದರೆ ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಇಪ್ಪತ್ತನೇ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತವಾಗುವಂಥ ಮತ್ತು ಹೃದಯಾಘಾತಗಳಂಥ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ ಸಂಗತಿಗಳಾಗಿದ್ದವು. ನವ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗತೊಡಗಿದುದು ಆ ಸಮಯದಿಂದಲೇ. ಸಾರಿಗೆ ಸಂಚಾರದ ಅನುಕೂಲತೆಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುವಂತಾದವು. ದುಡಿಮೆಗಾಗಿ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮಪಡಬೇಕಾದ ಆವಶ್ಯಕತೆಗಳೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗ ತೊಡಗಿದವು. ಹಿಂದಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಪುಷ್ಟಿಕರವಾದ ಅದರಲ್ಲೂ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ, ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳೂ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ದೊರಕಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಜೊತೆಗೆ ಜಡ ಜೀವನ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಹಲವು ಅಪಾಯಕಾರಿ ದುರಭ್ಯಾಸಗಳೂ ಜನ ಸಮೂಹದವರ ಬೆನ್ನು ಹತ್ತಿದವು. ಇವುಗಳೆಲ್ಲದರ ಫಲಶ್ರುತಿಯೇ ಕಾರೋಧಮನಿಗಳು ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ಥವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ನಾಂದಿಯಾಯಿತೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ನಾಗರಿಕತೆಯ ಮುಂಚೂಣಿ ದೇಶಗಳೆನಿಸಿದ ಅಮೆರಿಕ, ಯುರೋಪಿನ ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮೊದಲು ಪ್ರಕಟವಾಗಲಾರಂಭಿಸಿದವು; ಮುಂದುವರಿದವರೆನ್ನಲಾದ ಪಶ್ಚಿಮ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನರ ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಶುರು ಮಾಡಿದ ಭಾರತದಂಥ ಹಿಂದುಳಿದ ಜನ ಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ಥವಾಗುವುದು ಹಿಂದೆ ಬೀಳಲಿಲ್ಲ. ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 40-50 ವಯಸ್ಸು ದಾಟಿದ ವರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಉಪಟಳ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲೂ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿರುವುದು ಆತಂಕಕಾರಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೇ ಸರಿ. ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ, ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾದ 'ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ' (Atherosclerosis) ಮತ್ತು 'ಧಮನಿಪೆಡಸಣೆ' (Arteriosclerosis)ಗಳ ಬೀಜಾಂಕುರ ನವಜಾತು ಶಿಶು ಮೊಲೆಯುಣ್ಣುವಾಗಲೇ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅಕ್ಷರಶಃ ಹಾಗೆಯೇ ಆಗಲಾರದಾದರೂ, ಬಾಲ್ಯ ಮತ್ತು ಯೌವ್ವನಾ ವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳೇ ಮುಂದೆ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ - 'ಘನಪಿತ್ತ' ಎಂಬ ಜಿಡ್ಡಿನ ಅಂಶ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗ ಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ರಣರಂಗದಲ್ಲಿ ಸಾವಿಗೀಡಾದ ಯುವಯೋಧರ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ತೆರೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಬಹುಪಾಲು ಸೈನಿಕರಲ್ಲಿ ಧಮನಿ ಪೆಡಸಣೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ಅಮೆರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ ಸಮೀಕ್ಷೆಯೊಂದರ ಪ್ರಕಾರ ಅಲ್ಲಿ 30 ರಿಂದ 35 ವಯಸ್ಸಿನ ಶೇ. 19ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಶೇ. 40ರಷ್ಟು ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆಯಂತೆ. ಅದರಿಂದ ನಡು ವಯಸ್ಸಿನ ಕೆಲವರು ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಾಗ ಆಗಲೇ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ಅವರ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ರಕ್ತವನ್ನು ಪೂರೈಸಲು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತವೆ; ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಎದೆನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಮೊಳಕೆಯೊಡೆಯುತ್ತಿರುವುದರ ದ್ಯೋತಕವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಂದರೆ ''ರೋಮ್‌ನಗರ ಒಂದೇ ದಿನದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾದದ್ದಲ್ಲ'' ಎಂಬ ನಾಣ್ಣುಡಿಯಂತೆ ವಯಸ್ಸಾದವರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ ಮುಂದುವರಿದ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಅವರು ಎಳೆಯರಾಗಿದ್ದಾಗಲೇ ಆರಂಭವಾಗಿದ್ದವೆಂಬುದನ್ನು ಇದು ಸೂಚಿಸುತ್ತದೆ.

ಹಿಂದಿನ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನರಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಯುವ ಪೀಳಿಗೆ ಯವರಿಗೆ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಕೊರತೆ ಇತ್ತು. ಪುಷ್ಟಿಕರ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಾದ ಕೊಬ್ಬಿನ ಮತ್ತು ಸಕ್ಕರೆ ಅಂಶಗಳ ತೀವ್ರ ಅಭಾವವಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಮುಂದೆ ಸಂಭವಿಸಿದ ಔದ್ಯೋಗಿಕ ಕ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಜನರ ಜೀವನ ಕ್ರಮಗಳು ಸುಧಾರಿಸತೊಡಗಿದವು. ಜನರು ಬಳಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಹಾಲು, ಮೊಸರು, ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ಸೇರಿದವು. ಮಾಂಸಾಹಾರ ಪದ್ಧತಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಗೆ ಬರತೊಡಗಿತು. ಇವೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಚಾಕೋಲೇಟ್, ಐಸ್‌ಕ್ರೀಮ್, ಕರಿದ ತಿಂಡಿ ತಿನಿಸುಗಳನ್ನು ಭಕ್ಷಿಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಇಂದಿನ ಸಿರಿವಂತರ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಮಿತಿಮೀರಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ತಮ್ಮ ಮಕ್ಕಳು

ಅಂತಹ 'ಸಮೃದ್ಧ' ತಿಂಡಿ ತಿನಿಸುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದು ಅವರ ಘನತೆ ಹಾಗೂ ಸಿರಿವಂತಿಕೆಗಳ ಪ್ರತೀಕವೆಂದೂ ಪರಿಗಣಿಸುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ನಾವು ಸಹಜವಾಗಿ ಸೇವಿಸಬೇಕಾಗಿರುವ ಸೊಪ್ಪು, ತರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಅನ್ನಾಹಾರಗಳು ಅಪರೂಪವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇಂದಿನ ಆಕರ್ಷಣೆಗಳಾದ ಟೆಲಿವಿಷನ್ ಅಥವಾ ರೇಡಿಯೋ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಾ, ಕುರುಕು ತಿಂಡಿ ತೀರ್ಥಗಳನ್ನು ಮೆಲ್ಲುತ್ತಾ ಕುಳಿತು ಕಾಲ ಕಳೆಯುವುದು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಕ್ಕಳು ಶಾಲೆಗಳಿಂದ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ನಂತರ ಆಟೋಟಗಳ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮದಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ತಪ್ಪಿಹೋಗುತ್ತಿವೆ. ಬದಲಾಗಿ ಸಾಯಂಕಾಲ ಗಳಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಪಾಠ ಪ್ರವಚನಗಳಿಗಾಗಿ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಇಂದಿನ ಜೀವನಕ್ರಮವಾಗಿ ಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಇಂತಹ ಜಡ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡವರು ಮುಂದೆ ಚುರುಕುತನದ ಜೀವನ ನಡೆಸಲಾರರು. ಇದರಿಂದಾಗಿ ಕೇವಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಲಕ್ಷಣಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳೇ ಆಗಿ ಅಕಾಲ ಮೃತ್ಯು ವಶವಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ 25-30 ವಯಸ್ಸಿನ ಯುವಕರಲ್ಲೂ ಇಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ!

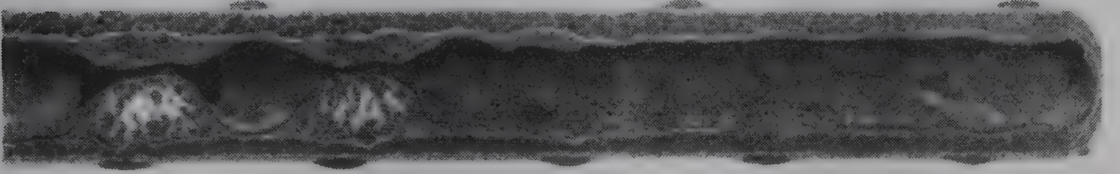
ಇಪ್ಪತ್ತನೆ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಿಂದಲೂ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ನಿಖರವಾದ ಅಂಕಿ-ಅಂಶಗಳು ಸಿಗಲಾರವು. ಆದರೆ ಅಮೆರಿಕಾ ಮುಂತಾದ ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಆ ವ್ಯಾಧಿಯ ಪ್ರಮಾಣ 1960ರ ದಶಕದಿಂದೀಚೆಗೆ ಶೇ. 30-40ರಷ್ಟು ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ವರದಿಗಳಿವೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಮುಂದೊಡ್ಡಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿನ ಜನಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳಿವಳಿಕೆಯುಂಟಾಗಿರುವುದು ಒಂದು ಅಂಶವಾಗಿದೆ; ಅದರಂತೆ ಅವರ ಜೀವನಶೈಲಿ – ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು – ಗಳೂ ಸಹ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿವೆಯಂತೆ; ಜೊತೆಗೆ ಅಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಶ್ರೇಷ್ಠಮಟ್ಟದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದಿರುವುದೂ ಈ ಇಳಿಮುಖಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಬಹುದು. ಆದರೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿ ಯುತ್ತಿರುವುದು ದುರದೃಷ್ಟಕರ. ಕಳೆದ ಮೂವತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅಮೆರಿಕದವರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಇನ್ನೂ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲೇ ಅದು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ಲಕ್ಷಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಜನರು ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ.

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳತ್ತ ನಾವೀಗ ಗಮನಹರಿಸೋಣ.

ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಒಳಗಿನ ವ್ಯಾಸ ಕ್ರಮೇಣ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಾ ಬಂದು ರಕ್ತದ ಹರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದೇ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಹಾಗೂ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಹೃದಯಾ ಘಾತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಈಗ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಧಮನಿಗಳ ಒಳಪೊರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಯ ವಾಗಿಯೂ, ಮೃದುವಾಗಿಯೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹವು ಸಲೀಸಾಗಿ

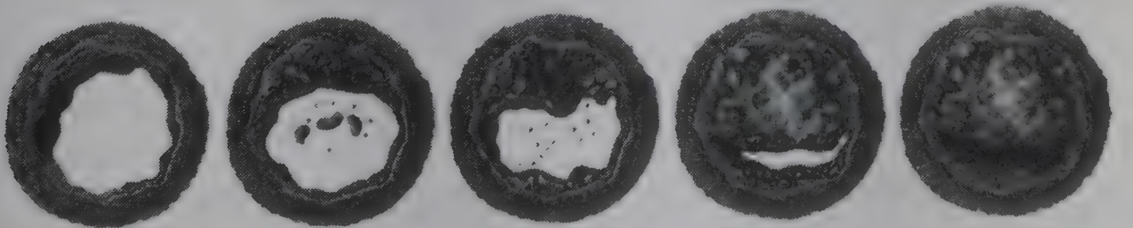
ಚಲಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಅಡೆತಡೆಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯ ಪದರಗಳ ನಡುವೆ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮತ್ತು ಇತರ ಕೆಲವು ಪದಾರ್ಥಗಳು ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಈ ವಸ್ತುಗಳು ಮೊದಲಿಗೆ ಒಳಪೊರೆಯ ಪದತಳದಲ್ಲಿ ಮೊಸರು ಅಥವಾ ಅಂಬಲಿ ತೆರನ ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಮುದ್ದೆಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟು ಶೇಖರ (ಡಿಪಾಸಿಟ್)ವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ ; ಅಂತಹ ಮುದ್ದೆಗಳು ಮುಂದೆ ಗಾತ್ರದಲ್ಲೂ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತವೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೇ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಒಳಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಬಿರುಕುಗಳುಂಟಾಗಿ ಅಂಬಲಿ ತೆರನ ವಸ್ತು ಭಿತ್ತಿಯ ಒಳಪೊರೆ ಮತ್ತು ನಡುಪೊರೆಗಳ ನಡುವಿನ ಜಾಗಕ್ಕೆ ನುಸುಳಿ ಅಲ್ಲಿಯೂ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ



(ಚಿತ್ರ 7)

ಒಳಪೊರೆ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಧಮನಿಯ ಒಳಗಡೆ ಚಾಚುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರಿಂದ ಧಮನಿಯ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಉಬ್ಬು-ತಗ್ಗುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಉಬ್ಬುಗಳನ್ನು 'ಪ್ಲಾಕ್' (Plaque, Atharoma, ಹಲ್ಲೆ , ಚಕ್ಕೆ)ಗಳೆಂದು ಹೆಸರಿಸಲಾಗಿದೆ. (ಚಿತ್ರ 7)

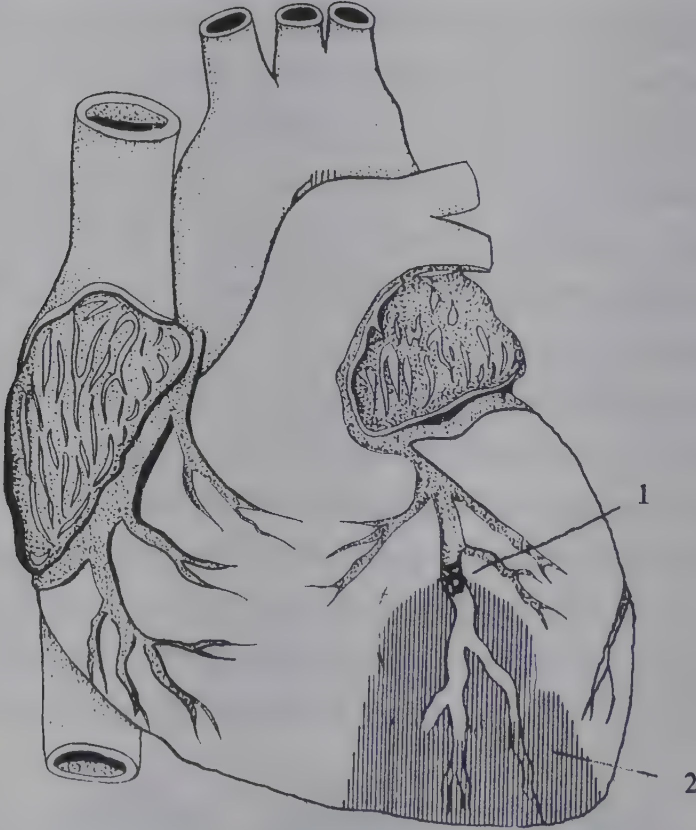
ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಮೊದಲು ನುಣುಪಾಗಿದ್ದ ಒಳಪೊರೆ ಒರಟೊರಟಾಗುತ್ತದೆ; ಹಿಂದಿನ ನಯ-ನಾಜೂಕು ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಲ್ಲೆಗಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ; ಅವುಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರವಹಿಸುವ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣವೂ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೇ 'ಅಂಬಲಿ ಪೆಡಸಣೆ' (ಅಥೆರೋಸ್ಕ್ಲೀರೋಸಿಸ್) ಎನ್ನುವುದು. ಭಿತ್ತಿಯೊಳಗಡೆ ಶೇಖರವಾಗುತ್ತಿರುವ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮತ್ತಿತರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಜೊತೆ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಮತ್ತು ಹಯಲೀನ್‌ನಂಥ ವಸ್ತುಗಳು ಮುಂದೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ; ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಧಮನಿಯ ಭಿತ್ತಿಯು ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಮೃದುತ್ವ ಮತ್ತು ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಲಕ್ಷಣವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಪೆಡಸಾಗುತ್ತದೆ; ಧಮನಿಯು ಗಡಸಾದ ಕೊಳವೆಯಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು 'ಧಮನಿ ಪೆಡಸಣೆ' (ಆರ್ಟೀರಿಯೋಸ್ಕ್ಲೀರೋಸಿಸ್) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಆರಂಭವಾಗುವ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳೆಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸವನ್ನು ಕಿರಿದು ಮಾಡಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಮನೆಗಳಿಗೆ ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊಳವೆಯ



(ಚಿತ್ರ 8) ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾಲ್‌ಗಳು ಹಂತಹಂತವಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳವನ್ನು ಮುಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ನೋಟ

ಒಳಗಡೆ ವರ್ಷಗಳು ಕಳೆದಂತೆ ತುಕ್ಕು ಹಿಡಿದು ಒರಟೊರಟಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಗಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೋಲಿಸಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ 8)

ಹೀಗೆ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರವಹಿಸುವ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಸದಾ ಕಾರ್ಯಮಗ್ನವಾಗಿರುವ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತದ ಸರಬರಾಜು ಏನೇನೂ ಸಾಲದಂತಾಗುವ ಕಾಲವೂ ಒದಗಿಬರಬಹುದು. ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಬಿರುಸಿನ ವ್ಯಾಯಾಮ ಇಲ್ಲವೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಸರಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ (ಅಂದರೆ ಆಮ್ಲಜನಕ) ಸರಬರಾಜಾಗದಿದ್ದರೆ, ಆ ವಲಯದ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಬಳಲಿ ಬಸವಳಿಯುವಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಅದು ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಉಂಟಾಗುವುದರ ಮೂಲಕ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಎದೆ ನೋವನ್ನೇ 'ಹೃದಯಶೂಲೆ' ಅಥವಾ 'ಆಂಜೈನಾ ಪೆಕ್ಟೋರಿಸ್' ಎನ್ನುವುದು. (ವಿವರಗಳನ್ನು ಮುಂದೆ ಹೇಳಲಾಗುತ್ತದೆ). ಇದಲ್ಲದೆ ಹಾಗೆ ಕಿರಿದಾದ ಧಮನಿಗಳ ಖಂಡಭಾಗದಲ್ಲಿ (ಕೆಲ ಸಾರಿ ಸಹಜ ವ್ಯಾಸದ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡ) ಗರಣೆ-ಕಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆ (Thrombus) ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು; ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿಂದ ಮುಂದೆ ಆ ಧಮನಿಯ ಮೂಲಕ ರಕ್ತದ ಹರಿವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 9) ಆ ವಲಯದ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ನಿಂತಾಗ ವಿಪರೀತ



(ಚಿತ್ರ 9) ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಅಡಚಣೆಯಾದ ಜಾಗ

1. ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಮುದ್ದೆ (CLOT) *2. ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಸ್ನಾಯುವಲಯ* (ISCHAEMIA)

ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿ ಉಸಿರಾಡಲೂ ಸಹ ಆಗದೆ ಬಿದ್ದು ಬಿದ್ದು ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ತೀವ್ರ ತಲ್ಲಣ (shock) ದಿಂದ ಹೃದಯ ಬಡಿತವೇ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ನಿಂತುಹೋಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ಕೂಡಲೇ ಸಾಯಲೂಬಹುದು; ಇದನ್ನೇ ತೀವ್ರ ಹೃದಯಾಘಾತ-ಹಾರ್ಟ್ ಅಟ್ಯಾಕ್ ಎನ್ನುವುದು. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮಿದುಳಿನ ಕೆಲವು ವಲಯದ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಾದಾಗ, ಮಿದುಳಿನ ಆ ಭಾಗಕ್ಕೂ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನೇ 'ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು', 'ಲಕ್ವ', 'ಸ್ಟ್ರೋಕ್' (Stroke, Paralysis) ಎಂಬೆಲ್ಲಾ ಹೆಸರಿನಿಂದ ಕರೆಯಲಾಗುವುದು. ಕೈ ಕಾಲುಗಳ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹುದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಿ ರಕ್ತಸಂಚಾರ ಸ್ಥಗಿತವಾದ ಭಾಗ ಕೊಳೆತು ಬಿಡುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು 'ಗ್ಯಾಂಗ್ರೀನ್' ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ ಮತ್ತು ಧಮನಿಪೆಡಸಣೆಗಳಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಉಂಟಾಗುವಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಈ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸುವಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಹಲವು ಪೂರಕ ಅಂಶಗಳೂ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗಾದರೂ ನಾವು ಪರಿವರ್ತನೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ನಮ್ಮ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮೀರಿದವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳೆಲ್ಲವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈಗ ಗಮನ ಹರಿಸೋಣ.

ಪರಿವರ್ತಿಸಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು

ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ - ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನ್ಸ್

ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಸಂಭವನೀಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವ ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ ಪಾತ್ರದ ಬಗೆಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ತರ್ಕ ವಿತರ್ಕಗಳಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿರುವ ಲೈಪಿಡ್ಸ್‌ಗಳೆಂಬ ಕೊಬ್ಬಿನ ಆಮ್ಲಗಳ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದೂ ಒಂದು ನಮ್ಮ ಜೀವನಾವಶ್ಯಕ ಸಾಮಗ್ರಿಯೇ; ನಮ್ಮ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಅಡಿಪಾಯದಲ್ಲಿನ ಪೊರೆಯ (Basement membrane) ಒಂದು ಅಂಶ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್. ಹಲವು ಬಗೆಯ ಹಾರ್ಮೋನು (ರಸದೂತ)ಗಳ ಮೂಲ ಸಾಮಗ್ರಿ-ಅದರಲ್ಲೂ ಲೈಂಗಿಕ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳು ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನಿಂದಲೇ ದೊರಕುವುದು. ಶೇ. 98ರಷ್ಟು ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಲಿವರ್‌ನಿಂದಲೇ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಭಾಗ ಚರ್ಮ, ಕರುಳುಗಳ ಒಳಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ನರ ಊತಕಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕ ಅಂಶಗಳಿಗೆ ನಿಗದಿತ ಪರಿಮಿತಿಗಳು ಇರುವಂತೆಯೇ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಘಟಕಗಳಿಗೂ ನಿಗದಿತ ಮಿತಿಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ದೇಶ ಮತ್ತು ಜನಾಂಗದವರ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ವೈವಿಧ್ಯತೆ, ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಜನಾಂಗಗಳವರಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೂ ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಅದೀಗ ಒಂದು ಮಿಲಿ ಲೀಟರ್ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ 150-180 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ (150-180 mgs/mil)ನಷ್ಟು ಇರುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ ಎಂಬುದು ತಜ್ಞರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. (ಕೆಲ ಸಮಯದ ಹಿಂದೆ ಅದರ ಮಟ್ಟ 250 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಇರಬಹುದೆಂದು ತೀರ್ಮಾನಿಸಲಾಗಿತ್ತು). ಈ ಮಿತಿಗಿಂತಲೂ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದವರಲ್ಲಿ

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಂಭಾವ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ.

ಆವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲೇ ತಯಾರಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ನಾವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲೂ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ ಅಂಶಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಾದ ಹಾಲು, ಮೊಸರು, ಬೆಣ್ಣೆ, ಗಿಣ್ಣು, ತುಪ್ಪ, ಮೊಟ್ಟೆ (ಹಳದಿ ಅಂಶ)ಗಳು; ಕುರಿ, ಹಂದಿ ಮತ್ತು ಹಸುಕರುಗಳ ಮಾಂಸಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಂಶ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೋಳಿ ಮೊದಲಾದ ಪಕ್ಷಿ ಸಂಕುಲದ ಮಾಂಸದಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಂಶ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಚರ್ಮವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುವುದು ಉಚಿತ. ಮೀನು ಮತ್ತು ಮೀನಿನ ಎಣ್ಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಇರುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಬಳಕೆ ಉತ್ತೇಜನಕಾರಿ. ಆದರೆ ಮೀನಿನ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುವಾಗ ನಾನಾ ಬಗೆಯ ಖಾದ್ಯ ತೈಲಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಮೀನಿನ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಬಳಕೆಯ ಉದ್ದೇಶವನ್ನೇ ಧಿಕ್ಕರಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೆಲವು ಸಸ್ಯಜನ್ಯ ಖಾದ್ಯ ತೈಲಗಳಾದ ಕೊಬ್ಬರಿ ಎಣ್ಣೆ, ವನಸ್ಪತಿ, ಮಾರ್ಗರೀನ್, ಪಾಮ್ ಎಣ್ಣೆಗಳಲ್ಲೂ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಂಶ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬರಿ ಎಣ್ಣೆಯಲ್ಲಿರುವ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಷ್ಟೇನೂ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಿ ಅದನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ತೊಂದರೆಯಾಗಲಾರದೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ಕೊಬ್ಬರಿ ಎಣ್ಣೆ ಮತ್ತು ತೆಂಗಿನಕಾಯಿಯ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಸುವ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶದ ಜನ ಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರಲ್ಲಿರುವುದಕ್ಕಿಂತ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂಬ ಅನುಭವದಿಂದ ಮೇಲಿನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪುಷ್ಟೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ತೆಂಗಿನಕಾಯಿ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವತ್ರಿಕವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಕೇರಳದ (ಅದೂ ಕರಾವಳಿ ಪ್ರದೇಶವೇ !) ಜನ ಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ ಅಮೆರಿಕಾದವರಿಗಿಂತ (U.S.A.) ದುಪ್ಪಟ್ಟು - 240 ಮಿ.ಗ್ರಾಂ./ ಡೆಸಿಲೀಟರ್ (ಕೇರಳ ಶೇ. 32, ಅಮೆರಿಕ ಶೇ. 18) ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆಂಬ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರದಿ ನಮ್ಮ ಕಣ್ಣು ತೆರೆಯಿಸಬೇಕು.* (ಇನಾಸ್ ಎ. ಇನಾಸ್) ಏನೇ ಆದರೂ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾದ ಸಂಶೋಧನೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿ ನಿಜ ಸ್ಥಿತಿ ಸಾಬೀತಾಗುವವರೆಗೂ ಕೊಬ್ಬರಿ ಎಣ್ಣೆ ಮತ್ತು ತೆಂಗಿನಕಾಯಿಗಳಿಂದ ತಯಾರಾಗುವ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ವಿವೇಚನೆಯಿಂದ ಬಳಸುವುದು ಉಚಿತ.

ಇಂತಹ ಅನುಮಾನ ತುಪ್ಪದ ಬಳಕೆಯಲ್ಲೂ ಇದೆ.** ಭಾರತೀಯರ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಲು, ಮೊಸರು, ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಸ್ಥಾನವಿದೆ. ಘೃತ (ತುಪ್ಪ) ರಹಿತ ಭೋಜನ ಸಂತೃಪ್ತಿಯ ಭೋಜನವೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗುವುದಿಲ್ಲ! ಈ

---

* *Coronary Artery Disease in Indians : A cause for Alaram and Call for Action* - ENAS A. ENAS Journal of Indian Medical Association. 98 : 694 (Nov 2000)

***Ayurveda unravelled by Drs : Sharadini Dahanukar and Urmila Thatte,* National Book Trust India (1996), New-Delhi

ನಂಬಿಕೆಗೆ ಇಂಬು ಕೊಡುವಂತೆ ನಮ್ಮ ದೇಶೀಯ ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ, ತುಪ್ಪದ ಬಳಕೆ ಆರೋಗ್ಯವರ್ಧನೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯೆಂದೇ ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುತ್ತದೆ. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ತುಪ್ಪವನ್ನು ಬಳಸುವುದರ ಅಪಾಯದ ಬಗೆಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಎಷ್ಟೇ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಗಳನ್ನು ಮಂಡಿಸಿದರೂ ಜನಮನದಲ್ಲಿ ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಬೇರೂರಿದ ನಂಬಿಕೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದು ಸುಲಭವಲ್ಲ. ಬೆಣ್ಣೆಯನ್ನು ಕರಗಿಸಿ ತುಪ್ಪವನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ (Clarified Butter) ಕೆಲವು ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವುದರಿಂದ ತುಪ್ಪವು ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂಬುದು ಆಯುರ್ವೇದ ಪರಿಣಿತರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಹಲವು ಪ್ರಯೋಜನಗಳೇ ಉಂಟೆಂದು ಅವರ ಅನಿಸಿಕೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಒಳಪೊರೆಯನ್ನು ನುಣುಪಾಗಿರಿಸುವಲ್ಲಿ ತುಪ್ಪ ಸಹಕರಿಸುತ್ತದೆಂದು ಅವರು ವಾದಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಆಯುರ್ವೇದೀಯ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ತುಪ್ಪವನ್ನು ಧಾರಾಳವಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಾರೆ ಕೂಡ. *ಮೈಸೂರಿನ ಕೇಂದ್ರ ಆಹಾರ ಸಂಶೋಧನಾ ಸಂಸ್ಥೆ (C.F.T.R.I.)ಯಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಜರುಗಿದ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಪ್ರಕಾರ ತುಪ್ಪದ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಶೇ. 3.5ರಷ್ಟು ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತದೆಂದು ವರದಿಯಾಗಿದೆ ! ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ಆಧುನಿಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಖಾದ್ಯತೈಲವೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿರುವ ತುಪ್ಪವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಹೈನುಗಾರಿಕೆ ಪದಾರ್ಥಗಳೆಲ್ಲಾ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ ತಯಾರಿಕೆಗೆ ಇಂಬು ಕೊಡುತ್ತವೆಂದು ಬೋಧಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ; ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗೆಗೆ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ನಿರ್ಬಂಧಗಳನ್ನು ವಿಧಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಈ ಬಗೆಯ ರೋಗಿಗಳ ಮೇಲೆ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾದ ಪ್ರಯೋಗ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿ ನಿಜಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುವಂತಾಗಬೇಕು. ಆ ತನಕ ತುಪ್ಪ ಮತ್ತಿತರ ಹೈನುಗಾರಿಕೆ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಯಮವೇ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗ.

ಕೊಬ್ಬಿನ (ಎಣ್ಣೆ) ಅಂಶಗಳ ಅಣುರಚನೆಗಳಿಗನುಸಾರ ಅವುಗಳನ್ನು 'ಪರ್ಯಾಪ್ತ' (ಸಂತೃಪ್ತಿ, Saturated), 'ಬಹು-ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ' (Poly-unsaturated) ಮತ್ತು 'ಏಕ-ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ' (Mono-unsaturated) ಕೊಬ್ಬುಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಪರ್ಯಾಪ್ತ ಕೊಬ್ಬುಗಳು ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಂಶ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸೂರ್ಯಕಾಂತಿ ಎಣ್ಣೆ, ಸೋಯಾಬೀನ್ ಎಣ್ಣೆ, ಎಳ್ಳೆಣ್ಣೆ, ಕಾರ್ನ್ ಎಣ್ಣೆ (ಜೋಳದ ಎಣ್ಣೆ, Corn oil) ಮುಂತಾದವು ಬಹು ಅಪರ್ಯಾಪ್ತತೈಲಗಳ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರುತ್ತವೆ. ಈ ಸಾಲಿಗೆ ಸೇರಿದ ತೈಲಗಳು ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾಗುವ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ್ನು ತಮ್ಮೊಳಗೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಅವು ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆಂದು ಭಾವಿಸಬಹುದು. ಸೇಂಗಾ ಎಣ್ಣೆ (ಕಡಲೆಕಾಯಿ ಎಣ್ಣೆ)ಯಂತಹ ಕೆಲವು ಖಾದ್ಯ ತೈಲಗಳು ಏಕ-ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ ಕೊಬ್ಬಿನ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರುತ್ತವೆ. ಅವೂ ಸಹ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಏರಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಬಲಿ- ಪೆಡಸಣೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಏಕ-ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ ಮತ್ತು ಬಹು- ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ ವರ್ಗಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಖಾದ್ಯ ತೈಲಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

---

* What's Eating You ? R. Desikan, The Hindu Businessline : 6 Nov 2002

ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳ ಪಾತ್ರ

ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಗೆ ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯೂ ಕಾರಣವೆಂದು ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಕೆಲವು ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗವು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದೂ ಈಗ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಭಾರತೀಯರೇ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಾಂಕೇತಿಕ ಉದಾಹರಣೆ ಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸವಿದ್ದವರ ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯವರಲ್ಲಿ ಆ ವ್ಯಾಧಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಭಾರತದಲ್ಲೇ ವಾಸವಾಗಿರುವವರಲ್ಲದೆ, ಅಮೆರಿಕಾ, ಯುರೋಪು ಮತ್ತು ಆಗ್ನೇಯ ಏಷ್ಯಾದ ದೇಶಗಳಿಗೆ ವಲಸೆಹೋಗಿ ನೆಲಸಿದ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ, ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮೂಲನಿವಾಸಿಗಳು ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿಗೆ ವಲಸೆ ಬಂದಿರುವ ಇತರ ದೇಶಗಳ ಜನಾಂಗಗಳವರಿಗಿಂತಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ ಒಂದು ಘಟಕವೇ ಆಗಿರುವ ಸೀರಮ್ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನ್ ಪಾತ್ರ ವಿಶೇಷ ವಾಗಿರುವಂತಿದೆ. ಅದರ ಒಂದು ವಿಶೇಷ ಅಂಶ ಸೀರಮ್ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನ್ (ಎ) (Serum L.P. (a) Alphalipoprotein) ಮಟ್ಟ ಅಲ್ಲಿಯ ಸ್ಥಳೀಯ ಜನಸಮುದಾಯದವರಿಗಿಂತ ಭಾರತ ಸಂಜಾತರಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಇರುವುದು ಈ ಕಲ್ಪನೆಗೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಇಂಬುಕೊಡುವಂತಾಗಿದೆ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲನ್ನು, ಅಂದರೆ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಒಳ್ಳೆಯ (good), ಕೆಟ್ಟ (bad) ಹಾಗೂ 'ಮಾರಕ' (ugly or deadly) ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಒಳ್ಳೆಯ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನು (High density lipoprotein – ಎಚ್.ಡಿ.ಎಲ್.) ಎಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಲೈಪೋ ಪ್ರೋಟೀನು (Low density lipoprotein – ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್.) ಎಂತಲೂ ಮತ್ತು ಅತೀ ಕಡಿಮೆ ಸಾಂದ್ರತೆಯ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನು (Very low density protein ವಿ.ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್.) ಎಂಬುದಾಗಿಯೂ ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೊನೆಯ ಎರಡು ವಿಧಗಳು ಕೆಟ್ಟ ಹಾಗೂ ಮಾರಕ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವಂತಹವು. ಎಚ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಅಥವಾ ಒಳ್ಳೆಯ ಲೈಪೋ ಪ್ರೋಟೀನ್ ಅಂಶಗಳು ಧಮನಿಗಳ ಒಳಗಡೆ ಡಿಪಾಸಿಟ್ ಆಗುವ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮುಕ್ತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆ. ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ಕ್ರೀಡೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಕೆಲವು ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆಯಿಂದಲೂ ಎಚ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಮತ್ತು ವಿ.ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳು ಧಮನಿಗಳ ಒಳಗಡೆ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತವೆ. ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಟ ಭರಿತ ಆಹಾರ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಅತಿಯಾದ ಬಳಕೆ, ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾಲೋರಿಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ ವಿ.ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆನುವಂಶೀಯತೆಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇದ್ದು, ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತರೂ ಆಗಿದ್ದರೆ, ಕೇವಲ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ನಿಯಂತ್ರಣ ದಿಂದಲೇ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಅಂಶವನ್ನು ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವ

ಮತ್ತು ಲಿವರ್‌ನಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಉತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ಸ್ (ಟಿ.ಜಿ.ಎಲ್.)

ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ಸ್ ಎಂಬ ಇನ್ನೊಂದು ಬಗೆಯ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶವೂ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದೊಂದಿಗೆ ನೇರ ಸಂಬಂಧ ಪಡೆದಿದೆ. ಅದೇ ಮಾರಕ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ವಿ.ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನ್. ಅದರ ಹೆಚ್ಚಳ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಲೈಪಿಡ್ ಅಂಶಗಳು ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಡಿಪಾಸಿಟ್ ಆಗುವಂತೆ ಮಾಡಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸವನ್ನು ಕಿರಿದು ಮಾಡುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅರವತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾದವರು ಸ್ಥೂಲಕಾಯದವರಾಗಿದ್ದು, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದು, ಮದ್ಯ ಚಾಳಿಗರೂ ಆಗಿದ್ದರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ಸ್, ಅವರ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗವನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಉಲ್ಬಣಗೊಳಿಸುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಾಂದ್ರೀಕೃತ ಬ್ರಾಂದಿ, ವಿಸ್ಕಿ, ಸ್ಪಿರಿಟ್ ಮುಂತಾದ ಮದ್ಯಪಾನೀಯಗಳ ಸೇವನೆಯೇ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್‌ಗಳು ಅತಿ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವುದರ ಪರಿಣಾಮ ಅದೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದು, ಸ್ಥೂಲಕಾಯವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು, ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಬಿಡುವುದು ಮುಂತಾದ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್‌ಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್

ಇತ್ತೀಚಿನ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್ (Homocysteine) ಎಂಬ ಅಮೈನೋಆಮ್ಲದ ಘಟಕವೊಂದು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆಂಬುದು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಪ್ರೋಟೀನುಗಳ ತಯಾರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಅಮೈನೋಆಮ್ಲಗಳಲ್ಲಿ ಅದೂ ಒಂದು ರಾಸಾಯನಿಕ ಸಂಯುಕ್ತವೆನ್ನಬಹುದು. ಅದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಈ ಹಿಂದೆ ವಿವರಿಸಿದ ಕೆಟ್ಟ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್, ಅಂದರೆ ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್. ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನ್, ನಂತರದ ಎರಡನೆ ಸ್ಥಾನ ಪಡೆದುಕೊಂಡಿವೆ.

ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವವರಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಾನಿಕರವಾಗದ ಅಮೈನೋಆಮ್ಲವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿವರ್ತನೆ ತುಂಬಾ ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದು, ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್‌ನ ಮಟ್ಟ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮುಂದುವರಿದ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವ ಬಿ6, ಬಿ12, ಮತ್ತು ಫೋಲಿಕ್‌ಆಮ್ಲ (Folic Acid)ಗಳ ಮಟ್ಟ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್‌ಗಳನ್ನು ಹಾನಿಕರವಾಗದ ಅಮೈನೋಆಮ್ಲಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಜೀವಸತ್ವಗಳು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನಂತೆ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಏರಿದ ಹೋಮೋಸಿಸ್‌ಟೈನ್ ಸಾಂದ್ರತೆಯೂ ಕಾರೋನರಿ

ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಹಾನಿಗೊಳಿಸುತ್ತದೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ. ಆದರಿಂದ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಗರಣೆಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಅಣಿ ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮೇಲೆ ನಮೂದಿಸಿದ ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಸಿದ್ಧ ಮದ್ದುಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ ನೀಡಬಹುದಾದರೂ ಅವುಗಳ ಹೆಚ್ಚಳದಿಂದ ಇತರ ಕೆಲವು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದ್ದು, ಅವುಗಳಿಗಿರುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದೇ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಧೂಮಪಾನ

ಸಿಗರೇಟು, ಬೀಡಿಗಳಂಥ ತಂಬಾಕಿನ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸೇದುವ ಅಭ್ಯಾಸವಿರುವವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ವ್ಯಾಧಿ ಇತರರಿಗಿಂತ ಮೂರುಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ತಂಬಾಕಿನ ಉತ್ಪನ್ನಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. 40ರಷ್ಟು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿ ಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಸಿಗರೇಟು ಮುಂತಾದ ಹೊಗೆಬತ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ನಿಕೋಟಿನ್ ಎಂಬ ವಿಷಕರ ಅಂಶವಿರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ಸಂಕುಚಿಸಿ ಗಡಸು ಮಾಡುವ (hardening) ಗುಣವಿರುತ್ತದೆ. ಆದರಿಂದ ಧಮನಿಗಳ ಸಹಜ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಗೆ ಕುಂದುಂಟಾಗಿ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಏರುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೂ ಅಲ್ಲದೆ, ಧೂಮಪಾನವು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳ ನಡುವಿನ ಪರಸ್ಪರ ಅನುಪಾತಗಳನ್ನು (ratio) ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತ ಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ; ಮತ್ತು ಚಪ್ಪಟಿಕಗಳ (platelets) ಒಗ್ಗೂಡುವಿಕೆಯನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸಿ, ರಕ್ತಗರಣೆ ಕಟ್ಟುವ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಉತ್ತೇಜಿಸುತ್ತದೆ. ಸ್ವತಃ ಸಿಗರೇಟು ಸೇದುವವರೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವರ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದಲ್ಲಿದ್ದು ಹೊಗೆಯನ್ನು ಆಘ್ರಾಣಿಸುವವರಿಗೂ ಈ ಅಪಾಯ ತಪ್ಪಿದ್ದಲ್ಲ. ಪ್ರತಿದಿನ ಸೇದುವ ಸಿಗರೇಟುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹಾಗೂ ಸೇದಿದ ವರ್ಷಗಳ ಅವಧಿ ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯ ಪ್ರಮಾಣವು ಏರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಧೂಮಪಾನಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ಒಂದೆರಡು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಆ ತನಕ ಉಂಟಾಗಿದ್ದ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅದಾಗಲೇ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಉದ್ಭವಿಸಿದವರಲ್ಲೂ ಅಂತಹ ಉತ್ತಮ ಪರಿಣಾಮವಾಗಬಹುದೆಂದರೆ, ಧೂಮಪಾನವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸುವುದರ ಅನುಕೂಲವೆಷ್ಟೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ರಕ್ತದೊತ್ತಡ

ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಅಥವಾ ಏರೊತ್ತಡಕ್ಕೆ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಧಮನಿ-ಪೆಡಸಣೆ ಅಥವಾ ಆರ್ಟೀರಿಯೋಸ್ಕ್ಲೀರೋಸಿಸ್ ಕೂಡ ಒಂದು. ಧಮನಿ ಪೆಡಸಣೆಯಿಂದ ದೇಹದಾದ್ಯಂತ ಎಲ್ಲಾ ಧಮನಿಗಳ ಒಳವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿ, ರಕ್ತದ ಸಹಜ ಹರಿವಿಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಅಡಚಣೆಯಿಂದ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವವರಲ್ಲಿ ಧಮನಿಗಳು ಗಡಸಾಗುವುದರಿಂದ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಏರುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲೇ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದಿಂದ ನರಳುವವರು ಧೂಮಪಾನಾಭ್ಯಾಸ ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಪರಿಣಾಮ ಗಳನ್ನು ಊಹಿಸಬಹುದಷ್ಟೆ. ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾದ ಧಮನಿಗಳ ಮೂಲಕ ರಕ್ತದ ಹರಿವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಹೃದಯವು ತುಂಬಾ ಶ್ರಮವಹಿಸಿ ಪಂಪು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ದೇಹದೆಲ್ಲೆಡೆ ರಕ್ತದ ಮುಂದುವರಿದ ಚಲನೆಗೆ ಉದ್ಭವಿಸಿರುವ ಅಡಚಣೆ ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು

ನಿಭಾಯಿಸಲು ಹೃದಯವು ಶ್ರಮಪಟ್ಟು ಮಿಡಿಯಬೇಕಾದ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಒತ್ತಡದ ಮೊತ್ತಗಳ ಪ್ರಮಾಣವೇ ರಕ್ತದ ಏರೊತ್ತಡವೆನ್ನಬಹುದು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದೇ ಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ರೋಗವನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುವುದರಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಏರೊತ್ತಡಕ್ಕೆ ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗದಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸುವ ಅಪಾಯ ಇತರರಿಗಿಂತ ಮೂರುಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿ ಇರುತ್ತದೆಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

ರಕ್ತದೊತ್ತಡವನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿದಿನ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಉಪ್ಪು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಉಪ್ಪು ಸಹ ನಮ್ಮ ಸಹಜ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ ವಸ್ತುವೇ. ನಮ್ಮ ಆವಶ್ಯಕತೆಗೆ ಪ್ರತಿ ದಿನ ಕೇವಲ 200 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಉಪ್ಪು ಸೇವಿಸಿದರೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ (ಟೀ ಚಮಚದ ಹತ್ತನೇ ಒಂದು ಭಾಗ ಮಾತ್ರ !). ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಉಪ್ಪಿನ ಅಂಶ ಸಹಜವಾಗಿಯೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಅಡಿಗೆ ಮಾಡಿ ತಯಾರಿಸುವಾಗಲೂ ಮತ್ತಷ್ಟು ಉಪ್ಪನ್ನು ಸೇರಿಸುತ್ತಾರೆ; ಊಟ ಮಾಡುವಾಗಲೂ ರುಚಿಗಾಗಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ಉಪ್ಪನ್ನು ಹಾಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಇನ್ನಷ್ಟು ರುಚಿಗಾಗಿ ಉಪ್ಪಿನ ಅಂಶ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಉಪ್ಪಿನಕಾಯಿ, ಹಪ್ಪಳ, ಸಂಡಿಗೆಗಳನ್ನೂ ಭುಂಜಿಸುತ್ತೇವೆ. ಇವೆಲ್ಲದರಿಂದ ನಮ್ಮ ಆವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಸುಮಾರು ಇಪ್ಪತ್ತು ಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಪ್ಪನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿರುತ್ತೇವೆ ! ಆದುದರಿಂದ ಉಪ್ಪಿನ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಮಿತಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ಮದ್ಯಪಾನ

ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರ ಹಲವು ಹೃದಯ ಸಂಬಂಧೀ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಹಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಮತ್ತು ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಕೊರತೆಯು ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅಂತಹ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ದೌರ್ಬಲ್ಯ ಉಂಟಾಗಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್‌ಗಳು ವಹಿಸುವ ಪಾತ್ರವನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಂದು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮದ್ಯಪಾನ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದೆ. ಅವುಗಳಿಗೆ ವ್ಯಾಪಾರೀಮೂಲಗಳಿಂದಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಲಯದವರಿಂದಲೂ ಬೆಂಬಲವಿರುವಂತಿದೆ. ಕೆಲವು ಬಗೆಯ ಮದ್ಯಪಾನೀಯಗಳ ಸೇವನೆ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಒಳ್ಳೆಯದುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆಂದು ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ಹೃದಯಶೂಲೆಯಿಂದ (ಆಂಜೈನಾ) ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದವರಿಗೆ ಬ್ರಾಂದಿಯಂಥ ಮದ್ಯಪಾನೀಯವನ್ನು ಬಳಸಲು ವೈದ್ಯರೇ ಸಲಹೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲವೊಂದಿತ್ತು. ಅದರ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ವಿಕಸಿತಗೊಂಡು ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿನಿಂದ ಆ ಕಾಲದ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಎದೆನೋವು ಅದರಿಂದ ಉಪಶಮನವಾಗುವುದು ಮದ್ಯಸಾರವು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದ ಮೇಲೆ ಶಮನಕಾರಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದರಿಂದ ಎಂಬುದೀಗ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಂದ್ರತೆ ಇರುವ

ಮದ್ಯಸಾರಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗ ಬಿಡುಗಡೆಯಗುವ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್‌ಗಳಿಂದ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸದಿಂದ– ಮಿತಿಯಾಗಿಯೂ ಸಹ ಅದೆಷ್ಟು ದೂರವಿರಬೇಕೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದಲ್ಲವೇ ?

ಸ್ಥೂಲಕಾಯ

ಸ್ಥೂಲಕಾಯವು ಬಿಡಿಯಾಗಿ ಅದರಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಂದು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದೆ. ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಹಾಲು, ಮೊಸರು, ತುಪ್ಪ, ಬೆಣ್ಣೆಯಂಥ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಖಾದ್ಯ ತೈಲಗಳಲ್ಲೂ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಿಂದ ತಯಾರಾದ ತಿಂಡಿಗಳನ್ನು ತಿನ್ನುವುದು ನಮ್ಮವರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಭ್ಯಾಸವೇ ಆಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನಡೆದಾಡದ, ವ್ಯಾಯಾಮರಹಿತ ಜಡ ಜೀವನ ಕ್ರಮ ಸಹ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ನಡುವಯಸ್ಸನ್ನು ತಲುಪುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ನಮ್ಮ ಬಹುಪಾಲು ಜನರ ಹೊಟ್ಟೆ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಬೊಜ್ಜು ಬೆಳೆದಿರುವುದು ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯ. ಅವರ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಆಕಾರವನ್ನು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 'ಗಣಪತಿ ಹೊಟ್ಟೆ' ಅಥವಾ 'ಸೇಬುಹಣ್ಣಿನ ಆಕಾರದ ಬೊಜ್ಜು' ಎಂದು ಪರಿಹಾಸ್ಯ ಮಾಡುವಂತಾಗಿದೆ ! ಭಾರತ-ಸಂಜಾತರಲ್ಲಿ ಈ ತರಹೆಯ ಬೊಜ್ಜು ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದಕ್ಕೆ ಜನಾಂಗಿಕ-ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇರಬಹುದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಕ್ಯಾಡಿ

ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ಪ್ರಪಂಚದೆಲ್ಲೆಡೆ ಕಾರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿ 'ಕ್ಯಾಡ್' (CAD) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆಯಷ್ಟೆ. ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯತೆಗಳಿಂದ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಇದೇ ಕಾರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ, ಕಾರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ಡಿಸೀಸ್ ಇನ್ ಇಂಡಿಯನ್ಸ್ - 'ಕ್ಯಾಡಿ' (CADI) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾರಂಭಿಸಿದ್ದಾರಂತೆ. ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ಅಮೆರಿಕಾ, ಯೂರೋಪ್, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಸಿಂಗಾಪುರ ಮತ್ತು ಆಫ್ರಿಕಾ ಖಂಡಗಳಲ್ಲಿರುವ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ, ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಿಳಿಯರು, ಚೀನಿಯರು, ಜಪಾನೀಯರು, ನೀಗ್ರೋಗಳು, ಫಿಜಿಯನ್ನರು ಮುಂತಾದವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ 'ಕ್ಯಾಡ್'ನ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ, ಅಲ್ಲಿನ ಭಾರತ ಸಂಜಾತರಲ್ಲಿ ಅದು 3-5 ಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿರುವುದು – 'ಕ್ಯಾಡಿ' –, ಹಲವು ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮ ಬಹುಪಾಲು ಜನರಲ್ಲಿ ಸೇಬಿನಾಕಾರದ ಬೊಜ್ಜು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವಂತೆಯೇ ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ಸ್, ಆಲ್ಫಲೈಪೋಪ್ರೋಟೀನುಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಎಲ್.ಡಿ.ಎಲ್.: ಎಚ್.ಡಿ.ಎಲ್.ಗಳು ಮತ್ತು ಟಿ.ಜಿ.ಎಲ್.: ಎಚ್.ಡಿ.ಎಲ್‌ಗಳ ನಡುವಿನ ಅನುಪಾತಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಉದ್ಯಮಶೀಲ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದ 'ಕ್ಯಾಡ್' ಪ್ರಸ್ತುತ ಹಿಂದುಳಿದ ಭಾರತದಂಥ ಬಡ ಜನಸಮುದಾಯದವರಲ್ಲಿ 'ಕ್ಯಾಡಿ' ಎನಿಸಿಕೊಂಡು ಕಾಳ್ಗಿಚ್ಚಿನಂತೆ ಹರಡುತ್ತಿದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಜನಾಂಗೀಯ - ಆನುವಂಶೀಯತೆ ಕಾರಣಗಳಿರಬಹುದಾದುದರಿಂದ ನಮ್ಮವರ ವ್ಯಾಧಿ, 'ಕ್ಯಾಡಿ'ಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಲು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದಾದ – ಕೊಬ್ಬಿನ

ಅಂಶಗಳ ಅತಿಯಾದ ಬಳಕೆಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಇನ್ನಾದರೂ ಬಿಟ್ಟುಬಿಡಬೇಕು. ಈ ವಿಚಾರ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೂ ತಿಳಿಯುವಂತೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಚಾರವಾಗಬೇಕು.

ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳು

ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೇಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಸಾಕಷ್ಟು ಚರ್ಚೆ ನಡೆದಿದೆಯಷ್ಟೆ. ದಿನನಿತ್ಯ ಬಳಸುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಜೊತೆ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತ್ಯಜಿಸುವುದು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗದು. ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳೂ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಆವಶ್ಯಕವೆ. ಆದರೆ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಕವಾಗಿರುವ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕರುಳುಗಳ ಮೂಲಕ ರಕ್ತಗತವಾಗುವುದನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನಾದರೂ ಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಹ ಕೆಲವು ಕ್ರಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸಬಹುದು.

ಆದಿಮಾನವನ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಮಾನವರು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಮಾದರಿಗಳು ಬದಲಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಿವೆ. ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದ ಮಾನವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೆಡ್ಡೆ, ಗೆಣಸು, ನಾರು, ಬೇರು, ಸೊಪ್ಪು , ತರಕಾರಿಗಳನ್ನೇ ತಮ್ಮ ಪ್ರಮುಖ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನಾಗಿ ಬಳಸಬೇಕಾಗಿತ್ತು. ಆದರಿಂದಾಗಿ ಅವರು ತಿನ್ನುತ್ತಿದ್ದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಮೊತ್ತ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿರುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಮುಂದೆ ನಾಗರಿಕ ಜೀವನ ಕ್ರಮಗಳು ಉಗಮ ವಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ಆಹಾರಾಂಶಗಳ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗತೊಡಗಿದವು. ಅವುಗಳ ಹೊರಕವಚ, ಸಿಪ್ಪೆ, ನಾರು, ಮರದೆಳೆ ಮುಂತಾದ ಒರಟೊರಟಾದ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಜನ ತ್ಯಜಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಈ ಸಸ್ಯಾಹಾರಗಳು ಈಗ ನಯ ನಾಜೂಕಿನ ಕಡೆ ತಿರುಗಿವೆ. ಅವುಗಳ ಬಾಹ್ಯ ರೂಪ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬದಲಾಗಿ, ಗಾತ್ರವೂ ಕಿರಿದಾಗತೊಡಗಿವೆ. ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಜೀರ್ಣಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಆಹಾರದ ಶಿಲ್ಕು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗಲು ಮುಂದೆ ಮುಂದೆ ಚಲಿಸುತ್ತಲೇ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಚಲಿಸುವ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಗಾತ್ರವೂ ಹಿರಿದಾಗಿರುವುದು ಅವಶ್ಯಕವೆ. ತರಕಾರಿ, ದವಸ ಧಾನ್ಯಗಳ ಹೊರಕವಚಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದ ನಾರು ಮರದೆಳೆ, ತವುಡು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಅವು ನೋಡುವುದಕ್ಕೆ ಹಿತಕರವಾಗಿಲ್ಲವೆಂತಲೋ ಇಲ್ಲವೆ ರುಚಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿಯೋ, ತ್ಯಜಿಸುವ ಪದ್ಧತಿ ರೂಢಿಗೆ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಆದರಿಂದ ಜೀರ್ಣಕ್ರಿಯೆ ಅಂತ್ಯವಾದಾಗ ಉಳಿಯುವ ಶಿಲ್ಕು, ಗಾತ್ರವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡಿತು. ಹೀಗಾಗಿ ಅದರ ಮುಂದುವರಿದ ಚಲನೆ ಮಂದಗತಿ ಯಲ್ಲಿ ಸಾಗುವಂತಾಯಿತು. ಆಹಾರದ ಶಿಲ್ಕು ಬಹಳ ಕಾಲ ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಚಲಿಸದೆ ಉಳಿದು ಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದುದರಿಂದ ಅದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದ ಪುಷ್ಟಿಕರ ಅಂಶಗಳಾದ ಸಕ್ಕರೆ, ಕೊಬ್ಬು, ಪ್ರೋಟೀನು ಮುಂತಾದವು ಅಷ್ಟೇನೂ ಅವಶ್ಯಕವಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ರಕ್ತಗತವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರಿಂದಾಗಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ, ಕೊಬ್ಬು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮಟ್ಟ ನಿಗದಿತ ಮಿತಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಒದಗಿಬಂದವು. ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಅತಿಯಾಗಿ ಪರಿಷ್ಕರಣೆ (Refined) ಗೊಳಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಿಂದ

ಪರ್ಯಾಪ್ತ (Saturate)ವಾಗುವಂತೆಯೂ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಸಕ್ಕರೆ, ಕೊಬ್ಬಿನಂತಹ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಗತವಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಉಂಟಾಗುವುದೇನೋ ನಿಜ. ಆದರೆ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಹೊರಕವಚದಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಇರುತ್ತಿದ್ದ ಜೀವಸತ್ವಗಳು, ಖನಿಜಾಂಶ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಹಾಗೆ ತ್ಯಜಿಸಿದ ಸಿಪ್ಪೆ, ಹೊರಕವಚಗಳ ಜೊತೆ ಬಿಸಾಡಲ್ಪಡುತ್ತವೆ; ಮುಂದೆ ಅವುಗಳ ಕೊರತೆಯ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಜೀವಸತ್ವ ಎ ಮತ್ತು ಇ (A ಮತ್ತು E)ಗಳು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಲೇಶಧಾತುಗಳು (Trace Elements) ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾದ ಸತುವು ಮತ್ತು ಸೆಲೆನಿಯಂಗಳು ಕೂಡ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವಾದವು. ಅವೆಲ್ಲಾ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ನೋಡಿ ಕೊಳ್ಳಬೇಕು; ಇಲ್ಲವೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ದೊರಕುವಂತೆ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಜರುಗಿದ ಕೆಲವು ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿಂದ ಬೆಳ್ಳುಳ್ಳಿ ಮತ್ತು ಮೀನು ಸೇವನೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಸಂಭವನೀಯತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆಂಬ ವರದಿಗಳಿವೆ. ಅವು ಸೀರಮ್ ಲೈಪಿಡ್ಸ್ ಮತ್ತು ಚಪ್ಪಟಿಕಗಳ ವಿರುದ್ಧ ವರ್ತಿಸಿ, ಆ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಒಂದು ನಿಯಮಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ (600-1000 ಮಿ.ಗ್ರಾಂ. ಪ್ರತಿದಿನ, ಆರು ತಿಂಗಳು ಕಾಲ) ಬೆಳ್ಳುಳ್ಳಿಯನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದರೆ, ಅದು ಶೇ. 9ರಷ್ಟು ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಸಿಹಿ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ಮೀನುಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಪರ್ಯಾಪ್ತ ಕೊಬ್ಬಿನ ಆಮ್ಲಗಳು (UNSATURATED FATTY OILS) ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಚಪ್ಪಟಿಕಗಳ ಒಗ್ಗೂಡುವಿಕೆ (AGGREGATION)ಯನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿದು ರಕ್ತ ಗರಣೆಗಟ್ಟಿ, ಮುದ್ದೆಯಾಗುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ದೂರ ಮಾಡುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ಪದೇ ಪದೇ ಆಹಾರ ಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ಭಕ್ಷಿಸುತ್ತಲೇ ಇರುವ 'ತಿಂಡಿ ಪೋತತನ' ಇದೀಗ ನಾಗರಿಕ ನಡೆವಳಿಕೆಯ ಆದರ್ಶವೆಂಬಂತಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶೇಖರವಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸ್ಥೂಲಕಾಯ (ಬೊಜ್ಜು) ನಮಗರಿವಿಲ್ಲದೇ ಉಂಟಾಗುವುದಕ್ಕೆ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತವೆ.

ಡಯಾಬಿಟಿಸ್

ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಲ್ಲಿರುವ ಶರ್ಕರ-ಪಿಷ್ಟಗಳ ಪಚನದಿಂದ ದೊರೆಯುವ ಸಕ್ಕರೆಯ ಅಂಶ-ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಆಗಿಂದಾಗಲೇ ರಕ್ತಗತವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ಎಲ್ಲಾ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಅದು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಭಸ್ಮೀಕರಣವಾಗುವುದರಿಂದ ಶಕ್ತಿಯ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಎಂಬ ಹಾರ್ಮೋನು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಜೀವಕೋಶಗಳೊಳಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಮಾಡಲು ಇನ್ಸುಲಿನ್ ದ್ವಾರಪಾಲಕನಂತೆ ಕಾರ್ಯವೆಸಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುವ 'ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಹೊರೆಯ - ಸವಾಲಿಗೆ -' ಸರಿದೂಗುವಂತೆ ಮೇದೋಜೀರಕದಿಂದ ಇನ್ಸುಲಿನ್

ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತವಾಗುವುದರಿಂದಲೋ ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ವಯಸ್ಸಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಂತೆಲ್ಲಾ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಸ್ರವಿಕೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು; ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿಯೇಬಿಡುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಇದರಿಂದಾಗಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ (ಗ್ಲೂಕೋಸ್) ಮಟ್ಟ ಸಹಜಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತಿತರ ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಟಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ಅವು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುತ್ತವೆ; ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ ಏರುವುದಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪ್ರತಿರೋಧ (Resistance) ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಠಗಳು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಅವಕಾಶ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುವಂತಾಗಬಹುದು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದಾಗಿ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣ ಇನ್ನೆಲ್ಲರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಜಡಜೀವನ ಕ್ರಮ

ಹಿಂದಿನ ಶತಮಾನದಲ್ಲಾದ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮತ್ತು ತಾಂತ್ರಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಧಿಸಿದ ಪ್ರಗತಿಯಿಂದಾಗಿ ನಮ್ಮ ಜೀವನದ ಎಲ್ಲಾ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳೂ ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಜರುಗುವಂತಾಗಿದೆ; ಯಾವುದೇ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮ ಪಡಬೇಕಾದ ಆವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟೇ ದೂರವನ್ನಾದರೂ ನಡೆದುಕೊಂಡೇ ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದವರು, ಈಗ ತೀರ ಹತ್ತಿರದ ಸ್ಥಳಗಳಿಗೂ ವಾಹನಗಳನ್ನವಲಂಬಿಸುವಂತಾಗಿದೆ. ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ಕೃಷಿ ಕಾರ್ಯಗಳೂ ಸಹ ಈಗ ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮಕ್ಕಿಂತ ಬಹುಪಾಲು ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿಯೇ ಜರುಗುತ್ತಿವೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಗೃಹಕೃತ್ಯದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳೆಲ್ಲಾ ಯಾಂತ್ರೀಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾಗಿವೆ; ನೀರು ಸೇದುವುದು, ಬಟ್ಟೆ ಒಗೆಯುವುದು, ಕಸ ಗುಡಿಸುವಂಥ ಅವಕಾಶಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ; ಹಿಟ್ಟು ಬೀಸುವುದಕ್ಕೂ, ಖಾರ ರುಬ್ಬುವುದಕ್ಕೂ ಯಾಂತ್ರಿಕ ಸಲಕರಣೆಗಳು ಅಡಿಗೆ ಮನೆಯನ್ನು ಅಲಂಕರಿಸಿವೆ. ಈ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಾಗುವ ವಿರಾಮದ ಸಮಯವನ್ನು ಬಾನುಲಿ, ದೂರದರ್ಶನಗಳ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ನೋಡುತ್ತ ಕಳೆಯುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ದೆಸೆಯಿಂದಾಗಿ ಜಡ ಜೀವನಶೈಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ತರದ ಜನಸಮುದಾಯವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಸೇವಿಸಿದ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಆಹಾರಾಂಶಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವ್ಯಯವಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳಿಲ್ಲದೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಸ್ಥೂಲಕಾಯ, ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟದ ಏರಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಕೈಬೀಸಿ ಕರೆಯುವಂತಾಗಿದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಗಳಂಥ ವ್ಯಾಧಿಗಳು ಮೊಳಕೆಯೊಡೆದು ಚಿಗುರುವುದಕ್ಕೆ ಇವಕ್ಕಿಂತ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಬೇರಾವುದೂ ಇರಲಾರವು. ಒಂದರ್ಥದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಗೋರಿಯನ್ನು ನಾವೇ ತೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇವೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಆದರೂ ತಡವಾಗಿಯಾದರೂ ಇಂಥ ಅವಕಾಶಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕಾರೋನರಿ

ಹೃದ್ರೋಗ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಸ್ಥೂಲಕಾಯಗಳಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬ ಅರಿವು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಆಶಾದಾಯಕ ಸಂಗತಿ.

ಈ ರೀತಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವುದನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಜನರು ಆದಷ್ಟೂ ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಸಾಧ್ಯವಿರುವವರು ಬಿರುಸಿನ ವ್ಯಾಯಾಮಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು; ಯೋಗಾಭ್ಯಾಸ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಉತ್ತಮ ಮಾರ್ಗ. ವ್ಯಾಯಾಮಗಳ ಅಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಶಾಲಾಭ್ಯಾಸದ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ಆಟೋಟಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿರಬೇಕು. ವ್ಯಾಯಾಮಗಳನ್ನು 40-50 ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಆರಂಭಿಸುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಲಾರದು. ಅಲ್ಲದೆ ವಯಸ್ಸಾದವರು ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಬಿರುಸಿನ ವ್ಯಾಯಾಮದ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕೂಡ. ಅಂತಹ ಅಭಿಲಾಷೆ ಇರುವವರು ವಿವರವಾಗಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಗಾದ ನಂತರವೇ ವ್ಯಾಯಾಮಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು ಉಚಿತ. ಬಿರುಸಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಅಭ್ಯಾಸ, ಜಾಗಿಂಗ್ ಕೂಡ ಕೆಲವರಿಗೆ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು. ಪ್ರತಿದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸಾಯಂಕಾಲ ನಿಧಾನಗತಿಯ ವಾಯುಸೇವನೆಯ ನಡಿಗೆ (Aerobic exercise) ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ವಿಧಾನವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕಛೇರಿ, ಕಾರ್ಖಾನೆ, ಅಂಗಡಿ ಮುಂಗಟ್ಟುಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ನಡೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದೇ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗ. ಇತರರಿಗೆ ಕಾಗದಪತ್ರಗಳನ್ನು ರವಾನಿಸುವಾಗ ಸೇವಕರನ್ನು ಕಳುಹಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ತಾವೇ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಿ ತಲುಪಿಸಬಹುದು.

ಯಥೇಚ್ಛವಾದ ವಾಯು ಸೇವನೆಯ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಅನುಸರಣೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು; ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟವನ್ನೂ ತಗ್ಗಿಸುತ್ತದೆ; ಹಾಗೂ ರಕ್ತ ಗರಣೆ ಕಟ್ಟುವ ಅಪಾಯವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ

ನಮ್ಮ ಜೀವಾಧಾರ ಹಾಗೂ ಪ್ರಮುಖ ಅವಯವವೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿರುವ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಗಳು ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದಿಂದ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆಂಬುದು ಈಗ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿದ ವಿಷಯವೇ. ನಮಗೆ ಗಾಬರಿಯಾದಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಸಿಟ್ಟು ಬಂದಾಗ ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ; ಅದರ ಡವ ಡವ ಶಬ್ದ ಕಿವಿಗೆ ಕೇಳಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ನಿರುತ್ಸಾಹ, ಖಿನ್ನತೆಗಳುಂಟಾದಾಗ ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ; ಅದರ ಸದ್ದಡಗಿ ಹೋಯಿತೋ ಎಂದೆನಿಸುವುದೂ ಉಂಟು. ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕ ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಅನುಸರಣೆಯಿಂದ ನಮ್ಮ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಣ ಕ್ಷಣಕ್ಕೂ ಆತಂಕ, ಗಾಬರಿ, ಉದ್ವೇಗಗಳ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಶತ ಶತಮಾನಗಳಿಂದಲೂ ಬೆಟ್ಟ, ಗುಡ್ಡ, ಅರಣ್ಯ ಮತ್ತು ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳ ಪ್ರಶಾಂತ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮುಗ್ಧ ಜನಸಮುದಾಯದವರೂ ಉದ್ಯೋಗಗಳನ್ನು ಅರಸಿಕೊಂಡು ಪೇಟೆ-ಪಟ್ಟಣಗಳಿಗೆ ವಲಸೆ ಹೋಗಬೇಕಾದ ಪ್ರಮೇಯಗಳು ಒದಗಿಬಂದವು. ಅಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ಷಣವೂ ಊಹಿಸಲಾಗದಷ್ಟು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವುದು

ತುಂಬಾ ದುಸ್ತರವಾಗತೊಡಗಿತು. ಅದರಲ್ಲೂ ಕಳೆದ ಒಂದು ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಅತ್ಯಂತ ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಅದೇ ವೇಗದಲ್ಲಿ ಮಾನವ ಸಮುದಾಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ಪರಿಣಾಮವೇ ನಮ್ಮಲ್ಲನೇಕರು ಈಗ ಎದುರಿಸಬೇಕಾಗಿರುವ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಎಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಈ ಒತ್ತಡದ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಅಂಗಾಂಗಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದೂ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ಜೀರ್ಣಕ್ರಿಯೆಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸ, ನಿದ್ರಾಭಂಗ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಲ್ಲೂ ಅದರಿಂದ ಗಂಭೀರ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುವುದನ್ನು ನಾವೀಗ ಕಾಣುತ್ತಿದ್ದೇವೆ.

ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಈಗ ನಮ್ಮ ಜೀವನದ ಒಂದು ಅವಿಭಾಜ್ಯ ಅಂಗವೇ ಆಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರ ಜೀವನದಲ್ಲೂ ಏರುಪೇರುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕವೇ. ಅದು ಹಾಗಿರದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಜೀವನ ನಿಸ್ಸಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯ, ಕುತೂಹಲ ಅಥವಾ ರೋಮಾಂಚನಗೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶಗಳೇ ಇರಲಾರವು. ಅಲ್ಪಮಟ್ಟದಲ್ಲಾದರೂ ಒತ್ತಡ ವಿರದಿದ್ದರೆ ಯಾವುದೇ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳದೆ ನಾವು ಮೈಗಳ್ಳ ಆಲಸಿಗಳಂತಾಗ ಬಹುದು. ಆದರೆ ಅತಿಯಾದ ಒತ್ತಡ, ಮನಸ್ಸು ಹಾಗೂ ದೇಹದ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿ ಜೀವನವನ್ನು ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ.

ನಾವು ಉದ್ಯೋಗನಿರತವಾಗಿರುವ ಪರಿಸರ ಇಲ್ಲವೇ ನಮ್ಮ ಮನೆಮಠಗಳಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಇತರರೊಡನೆ ವ್ಯವಹರಿಸುವಲ್ಲಿ, ಒತ್ತಡದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳಿಂದಾಗಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಸಿಟ್ಟು, ಸಿಡುಕುತನ, ಜಗಳಗಂಟಿತನ, ತಿರಸ್ಕಾರ ಭಾವನೆ (cynical attitude), ಸಾಮಾಜಿಕ ಒಬ್ಬಂಟಿತನ ಮುಂತಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗಬಹುದು. ಅದರಿಂದಲೇ ಇರಬೇಕು ಕ್ರಿ.ಪೂ. 600 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಆಯುರ್ವೇದ ಪಿತಾಮಹ ಚರಕ ಮಹರ್ಷಿ ''ದೇಹದ ಅತಿ ಮಹತ್ವದ ಅವಯವ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಅದರ ಬೇರುಗಳು (? ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು) ಸರಿಯಾದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಬೇಕೆಂಬ ಅಭಿಲಾಷೆಯುಳ್ಳವರು ಮಾನಸಿಕ ಕ್ಲೇಷಗಳು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಜೀವನಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ'' ಎಂದು ಹೇಳಿರ ಬಹುದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅಂದು ಅವರಾಡಿದ ಹಿತವಚನದ ಸತ್ಯವನ್ನು ನಾವಿಂದು ಮನಗಾಣು ತ್ತಿದ್ದೇವೆ. ಸಾವಿರಾರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬೃಹದಾಕಾರವಾಗಿ ಮೈದಳೆದು ಎದ್ದು ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆಂಬ ಮುನ್ನರಿವು ಚರಕ ಮಹರ್ಷಿಗೆ ಹೊಳೆದಿರಬೇಕು !

ಆದುದರಿಂದ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಬಗೆಗೆ ನಮ್ಮ ಧ್ಯೇಯೋದ್ದೇಶಗಳನ್ನು ಒಂದು ಇತಿಮಿತಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬೇಕು. ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗದಂತೆ ಆದಷ್ಟೂ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ನಿಜ, ಪ್ರತಿದಿನ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು; ಆದರೆ ಅಂತಹ ಘಟನೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಬಹುದಾದ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ನಮಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತೆ ವರ್ತಿಸ ಬಹುದಲ್ಲವೆ ? ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಮನಸ್ಸನ್ನು ಸ್ಥಿಮಿತದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಂಗೀತ, ಕಲೆ, ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಚಿಂತನೆ ಮುಂತಾದ ಹವ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಬೆಳೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದರೆ ಶಮನಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲೂಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಪರಿವರ್ತಿಸಲಾಗದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳು

ಈ ತನಕ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಉಂಟಾಗಲು ಕಾರಣಗಳ ಪೈಕಿ ನಾವೇ ಪರಿವರ್ತಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಯಿತಷ್ಟೆ. ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಶೇಖರಣೆ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಣ ಮಾಡುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವೇನಲ್ಲ. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ನಾವು ಪರಿವರ್ತಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದಿರುವ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಆನುವಂಶೀಯತೆ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಆಯ್ಕೆ ನಮ್ಮ ಕೈಯಲ್ಲಿರುವುದಿಲ್ಲ; ಆದುದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರಿವರ್ತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು.

ಆನುವಂಶೀಯತೆ

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯು ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದ ಪೀಳಿಗೆಯವರಲ್ಲಿ ಆನುವಂಶೀಯ ವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ನಿದರ್ಶನಗಳಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ತಂದೆ ಅಥವಾ ತಾಯಿ, ಯಾರಾದರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದು, ಇಲ್ಲವೇ ಹೃದಯಾಘಾತವೇ ಸಂಭವಿಸಿ ದ್ದರೆ ಅಂತಹವರ ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯ ಕೆಲವರಲ್ಲಾದರೂ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ತಂದೆ-ತಾಯಿಯವರಿಗೆ ವ್ಯಾಧಿ ಸಂಭವಿಸಿದ ವಯಸ್ಸಿಗಿಂತಲೂ ಇನ್ನೂ ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಅದು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಈ ರೀತಿಯ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸ ವಿರುವವರು ತಮ್ಮ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಿಂದಲೇ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಮುಂದೂಡಬಹುದು; ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಧಿ ಉಂಟಾದರೆ ಅದು ಉಲ್ಬಣವಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ಭಾರತೀಯರು ಸ್ವದೇಶದಲ್ಲೇ ಇರಲಿ ಅಥವಾ ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿದ್ದರೂ, ಅವರಲ್ಲಿ ಇತರ ಜನಾಂಗದವರಿಗಿಂತ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಸುಮಾರು 4-5ಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿರು ತ್ತದೆಂದು ಹಿಂದೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ನಮ್ಮವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಜನಾಂಗೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇರುವುದು ಖಚಿತಪಟ್ಟಂತಾಗಿದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ ವೆಂದರೆ ವಿದೇಶೀಯರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗವನ್ನುಂಟುಮಾಡಬಹುದಾದ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತಲೂ ನಮ್ಮವರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಳಗಿನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಆ ವ್ಯಾಧಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ವಿದೇಶೀಯರಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ 150 ರಿಂದ 250 ಮಿ.ಗ್ರಾಂ/ಎಂ.ಎಲ್.ನವರೆಗೆ ಇದ್ದರೆ ಅಪಾಯಕಾರಿಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾದರೆ, ನಮ್ಮವರಲ್ಲಿ 150ರಿಂದ 180 *mgs/mil* ರ ಹಂತದಲ್ಲೇ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಬಹುದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇರುವವರು ತಮ್ಮಲ್ಲಿಯ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಂಭವನೀಯತೆಗೆ ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇರುವುದಾದರೂ ಆ ಬಗೆಗೆ ಅನಾವಶ್ಯ ಗಾಬರಿಯಾಗುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿರುವ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸ, ಜಡ ಜೀವನಕ್ರಮ, ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್

ಮಟ್ಟ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮಾರ್ಗೋಪಾಯಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ, ಆ ಬಗೆಗೆ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಿ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ದೀರ್ಘಾಯುಷಿಗಳಾಗಿ ಬದುಕಿ ಬಾಳಬಹುದು.

ಲಿಂಗ

ಪುರುಷ ವರ್ಗದವರಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಿದರೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅದು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಕ್ಕೆ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟವಾಗಿರುವ 'ಬೆದೆಜನಕ' ಹಾರ್ಮೋನು (oestrogen harmone) ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆಯ ಕ್ರಿಯೆ ಆರಂಭವಾಗುವುದನ್ನು ಮುಂದೂಡುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರು ನಡುವಯಸ್ಸನ್ನು ದಾಟಿ ರಜಸ್ತಂಭನ (menopause) ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪಿದನಂತರ ಅವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಹಾಗೂ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಪುರುಷರಲ್ಲಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲೇ ಆಗುತ್ತದೆನ್ನುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ಸಂಗತಿ.

ಈ ನಿಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಫಿನ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ದೇಶದ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಪೂರಕ ಅಂಶ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಅದೇಂದರೆ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲಿನ ಕಬ್ಬಿಣದ ಅಂಶವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಕಬ್ಬಿಣದ ಅಣುಗಳು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ತಮ್ಮ ಪ್ರಭಾವಬೀರಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಘಟಕ ಗಳನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಹಾಗೆ ಚುರುಕುಗೊಂಡ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಘಟಕಗಳು ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಘಾಸಿಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ; ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೆ ಘಾಸಿಯಾದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಗರಣೆಗಟ್ಟಲು ಒಳ್ಳೆಯ ಅವಕಾಶವೇರ್ಪಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ರಜಸ್ತಂಭನದ ಮೊದಲಿಗಿಂತಲೂ ಅದರ ನಂತರ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದಲೇ ರಜಸ್ತಂಭನದ ನಂತರ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತದೆಂಬುದು ಫಿನ್‌ಲ್ಯಾಂಡಿನ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಅನಿಸಿಕೆಯಾಗಿದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡುವ ಹವ್ಯಾಸ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡರೆ, ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ; ಫಿನ್‌ಲ್ಯಾಂಡಿನ ಸಾವಿರಾರು ಜನ ರಕ್ತದಾನಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ಸಮೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿ ಅವರು ಈ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿದ್ದಾರೆ. ಈ ದೃಷ್ಟಾಂತವನ್ನು ಮಹಿಳಾವರ್ಗದವರಿಗೂ ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದು. ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳ ಮುಟ್ಟಿನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅವರ ಹಿಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಪ್ರಮಾಣ ಪುರುಷರದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆಯೇ ಇರುತ್ತದೆ. ರಜಸ್ತಂಭನದ ನಂತರ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಅವಕಾಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಅವರ ಸ್ಥಿತಿಯೂ ಪುರುಷ ರಂತೆಯೇ ಆಗುವುದರಿಂದ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲೂ ಏರಿಕೆಯಾಗಬಹುದು.

ವಯಸ್ಸು

ಹಿಂದಿನ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ನಡುವಯಸ್ಸು ದಾಟಿದವರಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟ ವಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಪ್ರಸ್ತುತ ಯುವ ಜನರಲ್ಲೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳ ಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಇಪ್ಪತ್ತರ ದಶಕದಲ್ಲಿರುವ ಅನೇಕ ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಅದು ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಹೃದಯಾ ಘಾತಗಳಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸನವಾದ ಅನೇಕ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಹಾಗೆ

ಹೆಚ್ಚು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಸೇವನೆ, ಜಡ ಜೀವನ ಕ್ರಮ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆನ್ನಬಹುದು. ಆನುವಂಶೀಯತೆಯ ಪ್ರಭಾವವೂ ಸಹ ಇಂಬು ಕೊಡಬಹುದು.

ರೂಪುರೇಷೆಗಳು

ಹೃದಯಶೂಲೆ-ಆಂಜೈನಾ

ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳ ನಡುವೆ ಎದೆನೋವನ್ನು ಅನುಭವಿಸದಿರುವವರು ಯಾರೂ ಇರಲಾರರು ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು; ಹಾಗೂ ಅಂತಹ ನೋವನ್ನು ದೇಹದ ಇತರ ಕಡೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ನೋವಿನ ಹಾಗೆ ತಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೂ ತೆಗೆದು ಕೊಂಡಿರಲಾರರು ಕೂಡ. ಆದರೆ ಇತರ ಕಡೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ನೋವುಗಳಿಗಿಂತ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಬಾಧೆಗಳನ್ನು ಅಷ್ಟೇನೂ ಮಹತ್ವದ್ದಲ್ಲವೆಂದು ಸುಮ್ಮನೆ ತಳ್ಳಿಹಾಕುವಂತೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕದೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಮರಣಾಂತಿಕವಾಗಿ ಕೊನೆ ಗೊಳ್ಳುವ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣವೇ ಎದೆನೋವು ಆಗಿರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ; ಆದುದರಿಂದ ಜನಸಮುದಾಯ ಎದೆ ನೋವು ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯದಾದರೂ ಆ ಬಗೆಗೆ ಆತಂಕಿತರಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಅದರಿಂದಾಗಿಯೇ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಇತರ ನೋವುಗಳಿಂದ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನೋವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ.

ಹೃದಯದ ಮೂಲದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಎದೆನೋವನ್ನು 'ಹೃದಯಶೂಲೆ', ಆಂಜೈನಾ ಪೆಕ್ಟೋರಿಸ್ ಇಲ್ಲವೇ ಸರಳವಾಗಿ 'ಆಂಜೈನಾ' ಎಂದು ಕರೆಯುವುದು ರೂಢಿಯಾಗಿದೆ. ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಇತರ ನೋವುಗಳಿಂದ ನಿಜವಾದ ಆಂಜೈನಾವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಕ್ಷಣವೂ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಕಾರ್ಯಮಗ್ನವಾಗಿರುವ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಅರ್ಥಾತ್ ಆಮ್ಲಜನಕ ದೊರೆಯುವುದು ದುರ್ಲಭವಾದಾಗ ಆಂಜೈನಾ ಬೇನೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ; ಅದು ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಒಂದು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಗಂಟೆ. ''ನಮಗೀಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ; ಕೂಡಲೇ ನಮಗಾಗುತ್ತಿರುವ ಶ್ರಮವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡು; ಇಲ್ಲವೆ ಇನ್ನಾವುದಾದರೂ ಮಾರ್ಗದಿಂದ ಅದನ್ನು ಪೂರೈಸು; ಅದಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಕೆಲಸ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ'' ಎಂಬುದು ಅದರರ್ಥ ! (ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆಗಳ ಆವಶ್ಯಕತೆಗಾಗಿ ಹೃದಯ ಪಂಪುಮಾಡುವ ರಕ್ತದ ಒಟ್ಟು ಮೊತ್ತದಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಶೇ. 5ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಮೂಲಕ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಸರಬರಾಜಾಗುವುದು. ಹಾಗೆ ಸರಬರಾಜಾಗುವ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು ಮತ್ತು ಆಮ್ಲಜನಕ ಇರುತ್ತವೆ. ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಶೇಖರಿಸಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ; ಆದರೆ ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಹಾಗೆ ಶೇಖರಿಸಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ; ಅದು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಲೇ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲೇ ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಹರಿವಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಪ್ರಸ್ತುತ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಶ್ರಮವೂ ಜಾಸ್ತಿ ಯಾದಾಗ ರಕ್ತದ ಪೂರೈಕೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ ಅವುಗಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಊಹಿಸಿ

ಕೊಳ್ಳಬೇಕಷ್ಟೆ!) ಅಂತಹ ಮೊರೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆದರೆ ಎದೆನೋವು ಕೆಲಸಾರಿ ಉಪಶಮನವಾಗಲೂಬಹುದು. ಆದರೆ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಿರಿದಾಗಿದ್ದರೆ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಪ್ರತಿಸಾರಿಯೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಅಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ; ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಮರಣಾಂತಿಕ ಹೃದಯಾಘಾತದಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನವಾಗಲೂಬಹುದು.

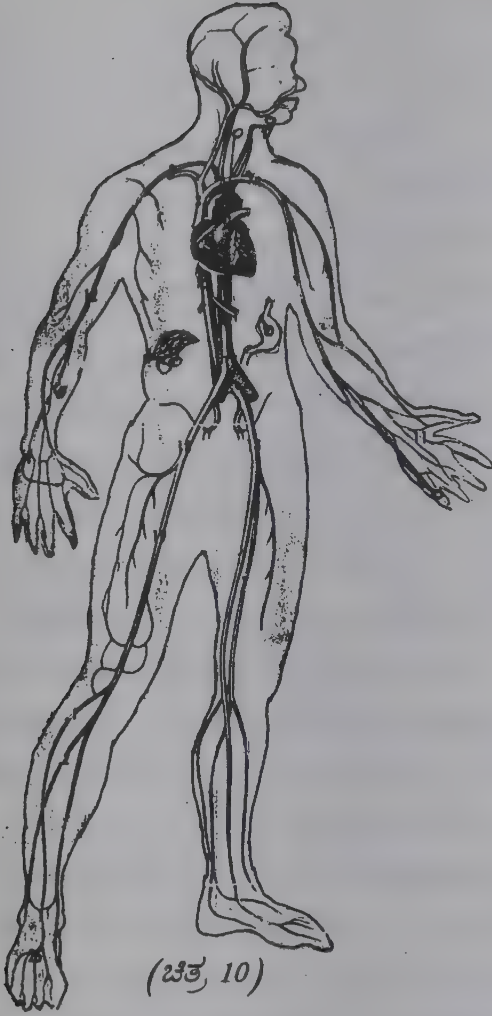
ಕೆಲ ಸಾರಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರದ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಇಲ್ಲವೆ ಧೂಮಪಾನದಲ್ಲಿ ನಿರತನಾದಾಗಲೂ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದುಂಟು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ತೀವ್ರ ಸೆಳೆತ ಅಥವಾ ಸೆಡೆತ (spasm)ದಿಂದ ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಹರಿಯುವ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಹೃದಯ ಶೂಲೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ತನ್ನ ಎಂದಿನ ಸ್ವಭಾವವನ್ನು ಬದಲಿಸಿ, ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚೋದನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳಿರದೆ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಉಂಟು. "**ಅಸ್ಥಿರ ಆಂಜೈನಾ**" (unstable angina) ಎಂದು ಹೇಳಲಾಗುವ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತೀರಾ ಹಗುರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳೇ ನಿಜವಾದ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗುವ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳಾಗಿರಲೂಬಹುದು. ಅಂತಹವರ ಮುಂದುವರಿದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಹರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

ನಾವಿರುವ ಪರಿಸರದ ವಾಯುವಿನಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದ್ದರೂ ಆಂಜೈನಾದ ಎದೆನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಹಿಮಾಲಯ ಪರ್ವತದಂಥ ಅತೀ ಎತ್ತರದ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಪ್ರಮಾಣ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಪರ್ವತಾರೋಹಣ ಮಾಡುವ ಹಲವರಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಎದೆನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಅವರು ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಆಮ್ಲಜನಕ ಸೇವನೆ ಮಾಡುವಂತಾದರೆ ಎದೆನೋವು ಕೂಡಲೇ ಉಪಶಮನವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದಲೇ ಪರ್ವತಾರೋಹಿಗಳ ಗಂಟು ಮೂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಸಿಲಿಂಡರ್ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸೇರ್ಪಡೆಯಾಗಿರುವುದು.

ಇವೆಲ್ಲಾ ಆಂಜೈನಾದ ಅಪರೂಪದ ನಿದರ್ಶನಗಳೆಂಬುದೇನೋ ಸರಿ. ಆದರೆ ಮುಂದೆ ಅವುಗಳೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಉಪಶಮನಗೊಳಿಸಲಾಗದ ನಿಜವಾದ ಆಂಜೈನಾದ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳಾಗಲೂಬಹುದು.

ನಿಜವಾದ ಆಂಜೈನಾ

ನಿಜವಾದ ಅಥವಾ ಮಾದರಿಯದೆನ್ನಬಹುದಾದ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಎದೆಗೂಡಿನ ಮುಂಗಡೆಯ ಚಪ್ಪಟೆ ಮೂಳೆ (ಚಕ್ಕೆಮೂಳೆ)ಯ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆ ಯಾಗಿರುವಂತಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಎದೆ ಗೂಡಿನೊಳಗಡೆ ಏನನ್ನೋ ಹಿಡಿದು ಹಿಸುಕುತ್ತಿರುವಂತೆ, ತಿರುಚಿದಂತೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಹಿಂಡಿದಂತಿರುತ್ತದೆಂದು ಅದನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದವರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಎದೆ ಮೇಲೆ ಯಾರೋ ಹತ್ತಿ ಕುಳಿತಂತೆಯೋ, ಇಲ್ಲವೇ ಭಾರವಾದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಇರಿಸಿದಂತೆಯೂ ಆಗುತ್ತದೆಂಬುದು ಕೆಲವರ ಅನುಭವ. ಮುಂದೆ ನೋವಿನ ಪ್ರಖರತೆ ಕುತ್ತಿಗೆ, ಕೆಳ ದವಡೆ, ಎಡಭುಜ, ಎಡ ತೋಳು,



(ಚಿತ್ರ 10)

ಆಂಜೈನಾ ಮತ್ತು ಹೃದಯಾಘಾತದ ನೋವು ಪ್ರಸರಿಸುವ ದಿಕ್ಕು ಹಾಗೂ ಪ್ರಮುಖ ರಕ್ತನಾಳಗಳು

ಎಡಗೈನ ಕಿರುಬೆರಳುಗಳಿಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಬಹುದು. ಗಂಟಲಿನ ಒಳಭಾಗ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲುಭಾಗ ಅಂದರೆ ಜಠರ ಪ್ರದೇಶ ಹಾಗೂ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಬಲಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಕೋಶದ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಉಂಟು (ಚಿತ್ರ 10). ಈ ತರಹೆಯ ನೋವು ಕೆಲವೇ ನಿಮಿಷಗಳು ಅಥವಾ ಅರ್ಧಗಂಟೆಯವರೆಗೂ ಇರಬಹುದು. ಕೂಡಲೇ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವುದು, ಶುದ್ಧ ಗಾಳಿ ಸೇವನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆಯಿಂದಲೂ, ಅದು ತಂತಾನೆ ಮಾಯವಾಗಿಬಿಡಬಹುದು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಿದಾದ ಮೆಟ್ಟಲುಗಳು ಅಥವಾ ದಾರಿಯನ್ನು ಏರುತ್ತಿರುವಾಗ, ಭಾರವಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಎತ್ತುವಾಗ, ಹಾರೆ ಗುದ್ದಲಿಗಳಿಂದ ಅಗೆಯುತ್ತಿರುವಾಗ ಕೆಲವರಿಗೆ ಅದೇ ಮೊದಲಸಾರಿ ಎದೆ ನೋವು ವ್ಯಕ್ತವಾಗುವುದುಂಟು. ಇಂತಹ ಮೊದಲ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಅಷ್ಟೊಂದು ಮಹತ್ವದ್ದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸದಿರುವವರೇ ಹೆಚ್ಚು. ಮುಂದೆ ಕೆಲವು ವಾರ ಅಥವಾ ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಅಂತಹ ಶ್ರಮದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ಅದೇ ರೀತಿಯ ಎದೆ ನೋವು ಪದೇ ಪದೇ ಪ್ರಕಟವಾದಾಗಲೇ ಬಹಳಷ್ಟು ಎಚ್ಚರಗೊಂಡವರಂತೆ ಆತಂಕ ಪಡಲಾರಂಭಿಸುತ್ತಾರೆ; ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕಾಣುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಬಹುದು.

ಈ ಮಾದರಿಯ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿಂದಲೂ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲರ ಅನುಭವ. ಕೆಲವನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕೆಲವರು ಇಂತಹ ನೋವನ್ನೇ ನಿಜವಾದ ಆಂಜೈನಾ ಇಲ್ಲವೇ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಂದು ಗಾಬರಿಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ, ಆದುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ನಡುವಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕೆಲಸಾರಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಭಿತ್ತಿಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಲ್ಲಿ ಉಳುಕು ಉಂಟಾದಾಗ ಹಾಗೂ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ನರದೆಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆಯಾದಾಗಲೂ ಆಂಜೈನಾವನ್ನು ಹೋಲುವ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಕೆಲ ಸಮಯ ವಿಶ್ರಾಂತಿ

ಪಡೆಯುವುದರಿಂದಲೋ ಅಥವಾ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನುಂಗುವುದರಿಂದಲೋ ಅಂತಹ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಆಂಜೈನಾ ಅಥವಾ ಹೃದಯಾಘಾತವಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಎಡಭುಜದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆಯೇ ಇತರ ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳಿಂದಲೂ ಎಡಭುಜದ ಕೀಲು ಹಾಗೂ ಅದರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಸ್ನಾಯುಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೋವು ಉಂಟಾಗುವುದುಂಟು. ಅಂತಹವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮಾತ್ರೆಗಳ ಸೇವನೆ ಅಥವಾ (ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ನೀಡುವ) ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳಿಂದ ಉಪಶಮನವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಆ ನೋವುಗಳಿಗೆ ನಿಜವಾದ ಆಂಜೈನಾವೇ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದರೆ ಅವು ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಳದವಡೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಬಹುದಾದ ನೋವುಗಳಿಗಾಗಿ ಹಲ್ಲು ಕೀಳಿಸಿದರೂ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗದ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. (ನೋಡಿ ಪುಟ 59).

ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದಾಗ ಆಂಜೈನಾದ ಎದೆನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದೆಂದು ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆಯಷ್ಟೆ. ಅಂತಹ ಶ್ರಮ ಹಾರೆ ಗುದ್ದಲಿಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದು ಅಗೆಯುವಂಥ ಅತೀ ಶ್ರಮದ್ದೇ ಆಗಿರಬೇಕೆಂತೇನೂ ಇಲ್ಲ. ಭೋಜನ ಮಾಡುತ್ತಿರುವಾಗಲೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಭೋಗವನ್ನು ಸಹಾ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸವೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಯಾವುದೇ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತದ ಪರಿಮಾಣ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಇನ್ನೊಂದು ವಲಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೇಡಿಕೆ ಬಂದರೆ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ವರ್ಗಾವಣೆಯಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಭೋಜನದಲ್ಲಿ ನಿರತವಾಗಿರುವಾಗ ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದರಿಂದ ದೇಹದ ಇತರ ಕಡೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣ ಹರಿದುಬರುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಸಂಭೋಗ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಜನನಾಂಗಗಳಿಗೆ ಇತರ ಕಡೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ರಕ್ತದ ಹರಿವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಸಹಜವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿರುತ್ತಿದ್ದ ರಕ್ತದ ಪರಿಮಾಣದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ವ್ಯತ್ಯಯವಾಗಬಹುದು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಮೊದಲೇ ಅಂಬಲಿ ಪೆಡಸಣೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಉಂಟಾಗಿದ್ದು ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿದ್ದರೆ ತೀವ್ರ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು; ಅಂತಹ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿ ಸಾವು ಸಂಭವಿಸಿದ ಅಪರೂಪದ ಪ್ರಕರಣಗಳ ವರದಿಗಳಿವೆ.

ಆದರೂ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಬಗೆಯ ನೋವುಗಳು ಅಪಾಯಕಾರಿಗಳಲ್ಲವೆಂದು ಗುರುತಿಸುವುದು ಸಹ ಮುಖ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಎದೆಗೂಡಿನ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನೋವುಗಳು ಆ ಭಾಗವು ಚಲಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಉಲ್ಬಣವಾಗುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘ ಉಸಿರು ಎಳೆದುಕೊಂಡಾಗ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ನೋವು ಉಸಿರನ್ನು ಹೊರಬಿಟ್ಟಾಗ ಕಡಿಮೆಯಾದರೆ ಅದು ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ್ದಲ್ಲವೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಹಾಗೆ ನೋಡಿದರೆ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ನೋವು ತನ್ನಷ್ಟಕ್ಕೇ ಉಪಶಮನವಾಗುವ ಅನುಭವವಿಲ್ಲದವರೇ ಇಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಅದೊಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ನೋವೆಂದು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವವರೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಂದಿ ಇರುತ್ತಾರೆ.

ಇದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಂದು ಅಚ್ಚರಿಯ ಸಂಗತಿಯೂ ಇದೆ. ಕೆಲವರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ

ವ್ಯಾಧಿ ಕೆಲ ಸಮಯದ ಹಿಂದೆಯೇ ಅಂಕುರಿಸಿದ್ದರೂ ಯಾವುದೇ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗದೇ, ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ. ಬಹುಶಃ ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯ ತಗಾದೆಯುಂಟಾದಾಗ, ಅಡೆತಡೆಗಳಿದ್ದಿರಬಹುದಾದ ಧಮನಿಗಳ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಇತರ ಧಮನಿಗಳ ಟಿಸಿಲುಗಳ ಮೂಲಕ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ರಕ್ತಪೂರೈಕೆ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು ವ್ಯಕ್ತವಾಗುವ ಅವಕಾಶವೇ ಉದ್ಭವವಾಗಿರಲಾರದು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೇವಲ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವಿನಿಂದಲೇ ರೋಗಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವುದು ಅಪರೂಪ. ಆದರೆ ನರಸಂವಹನ ಊತಕಗಳ ವಲಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವಾದವರಲ್ಲಿ ನೋವು ಶುರುವಾಗುತ್ತಲೇ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಮರಣವೂ ಸಂಭವಿಸಬಹುದು.

ಹೃದಯಾಘಾತ

ಈ ತನಕದ ನಮ್ಮ ವಿವರಣೆಗಳು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಸುತ್ತ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದ್ದವು. ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳೆನ್ನಬಹುದಾದ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್, ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಚರ್ಚೆಗಳನ್ನೂ ಮಾಡಿದ್ದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನು ಯಥಾರ್ಥವಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸೋಣ.

ಈ ಮೊದಲೇ ಹೇಳಿದ ಹಾಗೆ ರೋಮ್ ನಗರ ಒಂದೇ ದಿನದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾದದ್ದಲ್ಲ ಎಂಬಂತೆ ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ಪೂರಕವಾಗುವ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಕೇವಲ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟದ ಏರಿಕೆ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆಯಂಥ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ಬಾಲ್ಯ ಹಾಗೂ ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲೇ ಆರಂಭವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅತ್ಯಂತ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಮನೆಗಳಿಗೆ ನೀರು ಪೂರೈಸುವ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೊಳವೆಗಳ ಒಳಗಡೆ ಕಾಲಾಂತರದಲ್ಲಿ ತುಕ್ಕುಹಿಡಿದು ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗುವ ಹೋಲಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮನೆಗೂ ನೀರು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲು ಪ್ರಧಾನವಾಗಿ ಒಂದೇ ಕೊಳವೆ ಇದ್ದು ಅದರ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿ, ಪೂರೈಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದ ನೀರಿನ ಪರಿಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಆ ಕಡೆ ನಮ್ಮ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ; ಕೂಡಲೇ ಅದನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಜರಗಿಸುತ್ತೇವೆ. ಆದರೆ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತಪೂರೈಸಲು ಹಲವು ಕಡೆಯಿಂದ – ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳು – ಏರ್ಪಾಡುಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದು ವಲಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅಲ್ಲಿಯ ಸುತ್ತಮುತ್ತ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ 'ವೃಕ್ಷಜಾಲ'ದಿಂದ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಏರ್ಪಾಡುಗಳಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಕೆಲ ಸಮಯದಿಂದ ಆ ವಲಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದು ಎದೆನೋವು ಅಥವಾ ಆಂಜೈನಾದ ಇತರ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಲು ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿರಲಾರದು. ಆದರೆ ಕಿರಿದಾದ ನೀರಿನ ಕೊಳವೆಯೊಳಗಡೆ ಕಸಕಡ್ಡಿಗಳ ಮುದ್ದೆಯೊಂದು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡರೆ ಮನೆಗೆ ನೀರಿನ ಸರಬರಾಜು ಕೂಡಲೇ ನಿಂತುಹೋಗುವಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲೂ ಜರುಗುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಅಂಬಲಿ ಪೆಡಸಣೆಯಿಂದ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ

ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತಿರಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ವ್ಯಕ್ತವಾಗದಿರಲಿ, ಮುಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತವಾದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರ ಧಮನಿಗಳು ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಅವರಿಗೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಆ ತನಕ ಉಂಟಾಗಿರಲಾರದು; ಆಂಜೈನಾದ ನೋವೂ ಸಹ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರಲಾರದು. ಅಂತಹವರಿಗೆ ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದ ಹಾಗೆಯೇ ಹೃದಯಾಘಾತವಾದಾಗ ಎಲ್ಲರೂ ಅಚ್ಚರಿಪಡುವಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನೂ ಕೆಲವರು ತುಂಬಾ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಂತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದ್ದರೂ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಆಘಾತಕಾರಿಯಾಗಬಹುದಾದ ಯಾವುದೋ ಸುದ್ದಿ – ತುಂಬಾ ಪ್ರಖ್ಯಾತಿ ಪಡೆದ ಮುಂದಾಳುಗಳ ಸಾವು ಅಥವಾ ಪ್ರೀತಿಪಾತ್ರರ ಸಾವು ಕೇಳಿದಾಗ – ಕೆಲವರು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಸಾಯುವುದನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೇಳುತ್ತಿರುತ್ತೇವೆಯಷ್ಟೆ. ಅಂತಹವರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಶಃ ಯಾವುದೇ ತರಹೆಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗಿರಲಾರವು. ಅವರ ಹೃದಯಬಡಿತಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ವಹನ-ನಿಯಂತ್ರಕ ಜಾಲವಿರುವ ವಲಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತಪೂರೈಸುವ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಸೆಡೆತ ಉಂಟಾಗಿ, ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತಪೂರೈಕೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ; ವ್ಯಕ್ತಿ ಕೂಡಲೆ ಸಾಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳು ತೀರ ಅಪರೂಪವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಹೃದಯಾಘಾತದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಉಂಟಾಗುವ ಮೊದಲು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳತ್ತ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ನಮ್ಮ ಗಮನ ಹರಿಸುವುದು ಸರಿಯೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ ರಕ್ತದಲ್ಲೂ ಕೆಲವು ಬದಲಾವಣೆಗಳುಂಟಾಗಿ, ಅದೂ ಸಹ ಸುಲಭವಾಗಿ ಗರಣೆಕಟ್ಟುವ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್‌ನಂಥ ಲೈಪಿಡ್ ಅಂಶಗಳು, ಗರಣೆ ಕಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಡುವ ಚಪ್ಪಟಿಕಗಳು ಹಾಗೂ ಇತರ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಒಂದು ಕಡೆ ಕಲೆತು ಮೊಸರಿನಂತೆ 'ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟುವ' ಹಂತಕ್ಕೆ ಬಂದಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಮುದ್ದೆ ಮೊದಲೇ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾದ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿಂದ ಮುಂದೆ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಪ್ರವಹಿಸದಂತೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕಾರೋನರಿ ಅಕ್ಲೂಷನ್ ಅಥವಾ ಕಾರೋನರಿ ಥ್ರಾಂಬೋಸಿಸ್ (CORONARY OCCLUSION / CORONARY THROMBOSIS) ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ಮುದ್ದೆ ಪ್ರತಿ ಸಾರಿಯೂ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾದ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲೇ ಸಿಲುಕಿಕೊಂಡು ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆಂದೂ ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ. ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿರದ ಹಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ಮುದ್ದೆಗಳು ಸಿಲುಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಲೂಬಹುದು.

ಹೀಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯೊಂದರಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರಕ್ಕೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾದರೆ, ಆಗ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ ವಲಯದ ಸ್ನಾಯು ಬಿಳಿಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೈ ಬೆರಳೊಂದರ ತುದಿಗೆ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ದಾರವನ್ನು ಕಟ್ಟಿದಾಗ ಏನಾಗುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಊಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಹಾಗೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆ ಸ್ಥಗಿತವಾದ ವಲಯಕ್ಕೆ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಧಮನಿಗಳಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ರಕ್ತ ಪೂರಕವಾಗಿ ಹರಿದುಬಾರದಿದ್ದರೆ, ಆ ಭಾಗದ ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಆಮ್ಲಜನಕ ಮತ್ತಿತರ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಿಂದ ವಂಚಿತವಾಗುತ್ತವೆ; ಹಾಗೂ ಅವು ಸತ್ತಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ರೋಗಿ ಬದುಕಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡರೆ ಬಿಳಿಚಿದ ವಲಯ ಪಾರ್ಚ್‌ಮೆಂಟ್ ಕಾಗದ (ಕಾಗದದ ಚರ್ಮ)ದಂತಾಗುತ್ತದೆ; ಮುಂದೆ ಅದು ನಿಷ್ಕ್ರಿಯವಾಗಿ, ಆ ಸ್ನಾಯು ವಲಯವೇ

ದುರ್ಬಲವಾಗುತ್ತದೆ; ಹೃದಯದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಬಲಹೀನತೆಗೂ ಅದು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಯೋಕಾರ್ಡಿಯಲ್ ಇನ್‌ಫಾರ್ಕ್ಷನ್ (MYOCARDIAL INFARCTION-M.I.) ಅಥವಾ ಅಕ್ಯೂಟ್ ಮಯೋಕಾರ್ಡಿಯಲ್ ಇಸ್ಕೀಮಿಯಾ (ACUTE MYOCARDIAL ISCHEMIA) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಪುಟ 26) ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ **ಹಾರ್ಟ್ ಅಟ್ಯಾಕ್** ಅರ್ಥಾತ್ **ಹೃದಯಾಘಾತ !** ರಕ್ತಸರಬರಾಜಿನಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಗಂಟಲು ಹಿಚುಕಿದಂತಾಗಿ, ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಮುಳುಗುತ್ತಿರುವವನು ಬದುಕುಳಿಯಲು ಚಡಪಡಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರಿಂದಾಗಿ ವಿಲಿವಿಲಿಯಾಗಿ ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಏನನ್ನೋ ಇಕ್ಕಳದಿಂದ ಹಿಡಿದು ತಿರುಚಿದ ಹಾಗೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಹಿಂಡಿದ ಹಾಗೆ ಆಗುತ್ತದೆ. ಎದೆ ಮೇಲೆ ಭಾರವಾದ ವಸ್ತುವನ್ನು ಇಟ್ಟಂತೆಯೋ, ಯಾರೋ ಹತ್ತಿ ಕುಳಿತಿರುವಂತೆಯೋ ಆಗಿ ಉಸಿರಾಡುವುದೂ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ನೋವಿನ ಪ್ರಖರತೆ ಎಡಭುಜ, ತೋಳು ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಿಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಬಹುದು. ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಬೆವರಿ, ನೀರಿಳಿಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮಲಮೂತ್ರ ಮಾಡುವ ಅವಸರವೂ ಆಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಹೃದಯಾಘಾತದ ನೋವು ಮತ್ತು ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ 'ತಲ್ಲಣ' (CARDIOGENIC SHOCK) ನಮ್ಮಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ಯಾವ ತರಹೆಯ ನೋವಿಗೂ (ಬಹುಶಃ ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಯ ಉರಿಯೂತವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ) ಹೋಲಿಕೆ ಮಾಡಲಾಗದಷ್ಟು ತೀವ್ರ ಹಾಗೂ ಭೀಕರವಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಸ್ವತಃ ನಾನೇ ಅದರ ಅನುಭವ ಪಡೆದಿರುವೆನಾದರೂ ಅದನ್ನು ನಿಷ್ಕೃಷ್ಟವಾಗಿ ವಿವರಿಸಲು ಶಬ್ದ ಸಂಪತ್ತು ನನ್ನಲ್ಲಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ಎಷ್ಟೋ ಜನ ಇಂತಹ ತಲ್ಲಣದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಲೇ ಕೆಲವೇ ಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಅಸುನೀಗುತ್ತಾರೆ.

ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗಿ ನೋವಿನಿಂದ ನರಳುತ್ತಾ, ಸರಿಯಾಗಿ ಉಸಿರಾಡಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಒದ್ದಾಡುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಗೆ ಅವನಿರುವ ಎಡೆಯಲ್ಲೇ ಉಪಶಮನಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಬೇಕು. ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಅದು ಮತ್ತೂ ಶ್ರಮವಹಿಸುವಂಥ ಸಂದರ್ಭ ಒದಗಿಬರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ತುಂಬಾ ಅವಶ್ಯಕ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಅವನಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲೇ ಮಲಗಿಸಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕು. ಅವನು ಎದ್ದು ನಡೆದಾಡುವುದಕ್ಕೂ ಅವಕಾಶ ಕೊಡಬಾರದು. ಅವನ ಸುತ್ತ ಜನ ಗುಂಪುಗೂಡಿ ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಬಿಡಬಾರದು, ಒಳ್ಳೆಯ ಗಾಳಿ, ಬೆಳಕು ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಎದೆಗುಂದಿ ಮನಸ್ಥೈರ್ಯ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳದಿರಲು ಸಾಂತ್ವನದ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡಿ, ಅವನಲ್ಲಿ ಭರವಸೆ ಮೂಡಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ಅಂತಹ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆಯಾಗಿ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿರುವ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆ/ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ಗೆ, ಆಂಬುಲೆನ್ಸ್‌ನಂಥ ವಾಹನದಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಸಾಗಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ನಡೆದಾಡುವ ಸಾಹಸ ಮಾಡಬಾರದು. ಸಾಗಿಸುವುದು ವಿಳಂಬವಾಗುವಂತಿದ್ದರೆ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯರನ್ನೇ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಕರೆಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕು. ಅಡಚಣೆಯಾಗಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಟಿಸಿಲುಗಳು ವಿಕಸನವಾಗುವಂತೆ ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಬೇಕು. ಹಿಂದಿನಿಂದ ಆಂಜೈನಾ

ನೋವಿಗಾಗಿ ಅಂತಹ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ರೋಗಿ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ತಕ್ಷಣ ನೀಡಿದರೆ ಅವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಬಹುದು. ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ಲಿಸರೀನ್ ಟ್ರೈನೈಟ್ರೇಟ್ ಸತ್ವವಿರುವ (SORBITRATE, ISORDIL) ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಬಾಯಲ್ಲಿ ನಾಲಿಗೆ ಕೆಳಗಿರಿಸಿ ಕರಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದರೆ ಕ್ಷಣಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಸಂಕುಚಿತಗೊಂಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ತೆರೆದುಕೊಂಡು, ವಿಕಸನಹೊಂದಿ ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸ ಹಿರಿದಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಹಾಗೆಯೇ ರಕ್ತ ಗರಣೆಗಟ್ಟುವುದನ್ನು ವಿಳಂಬ ಮಾಡಲು ಆಸ್ಪಿರಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು (ECOSPIRIN, DISPIRIN) ನುಂಗಿಸಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಕಾಲ ವಿಳಂಬ ಮಾಡದೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಜ್ಜಾಗಿರುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಾಗಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕು.

ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಿರ್ವಹಣೆ

ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೊಳಗಾದವರನ್ನು ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಎದೆನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕುಸಿದುಬೀಳುವವರಲ್ಲಿ (ಬಹುಶಃ ನನಗಾದಂತೆ) ಶೇ. 30ರಷ್ಟು ಜನ ಕೂಡಲೇ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಅಂತಹವರಿಗೆ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವನ್ನು ಒದಗಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಅಂಕುರಿಸಿದ್ದ ಅರಿವು, ಅವರಿಗೂ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೂ ಇದ್ದಿರಬಹುದು. ಅವರು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಂಡು ಅವರನ್ನು ವೈದ್ಯರಿರುವಲ್ಲಿಗೋ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೋ ಸಾಗಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲಿಗೆ ತಲುಪುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಉಳಿದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಅಸುನೀಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಅಂದರೆ ಹಠಾತ್ ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವ ಅವಕಾಶ ಒದಗುವುದು ಶೇ. 30-35 ಜನರಿಗೆ ಮಾತ್ರ - ಹೃದಯಾಘಾತವಾದ ಮೂವರಲ್ಲೊಬ್ಬರಿಗೆ (ಹಠಾತ್ ಎರಗುವ ಹೃದಯಾಘಾತ : ಡಾ|| ಟಿ. ಎನ್. ಕೃಷ್ಣರಾಜು, 'ಸುಧಾ' ವಾರಪತ್ರಿಕೆ, 16 ಫೆಬ್ರವರಿ 1997) ಅದೂ ಸಹ ತ್ವರಿತಗತಿಯ ಸಾಗಣೆ-ಸಂಚಾರದ ಅನುಕೂಲಗಳಿರುವ ಪೇಟೆ, ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವವರಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದೇನೋ. ಅಂತಹುದೇ ಸನ್ನಿವೇಶವನ್ನು ಎದುರಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನನ್ನದಾಗಿದ್ದು ಅದರಿಂದ ಬಚಾವಾದೆನೆಂದರೆ ನಂಬಲಸಾಧ್ಯವೇ ಸರಿ. ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ದೊರೆತಿದ್ದರ ಪರಿಣಾಮದ ಉದಾಹರಣೆ ನನ್ನದೆಂದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕಠಿಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯುವವರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಮುಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ,

ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ದೆಹಲಿಯ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞ, ಎಸ್ಕಾರ್ಟ್‌ಹಾರ್ಟ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್‌ನ ಡಾ|| ರವಿ ಕಾಸ್ಲಿವಾಲ್ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಮಾತುಗಳು ಉಲ್ಲೇಖನೀಯ. ''ರಾತ್ರಿ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಎದೆನೋವು ಹಾಗೂ ಬೆವರುವ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು, ಕೇವಲ ಅಜೀರ್ಣಕ್ಕೆ (ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಕ್) ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಮಾತ್ರೆಯೊಂದನ್ನು ನುಂಗಿ ತಣ್ಣೀರು ಕುಡಿದು ಉಪೇಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕರ. ಹತ್ತರಲ್ಲೊಬ್ಬ ಭಾರತೀಯನ ಪಾಲಿಗೆ ಅಂತಹ ಅಪಾಯ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಕಾದಿರುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರನ್ನು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಾಗಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕೆಲವರನ್ನಾದರೂ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.''

4. ಹೃದಯಾಘಾತ-ನನಗೇಕೆ ?

ಹಿನ್ನೆಲೆ, ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವ ಹಾಗೂ ಜೀವನಶೈಲಿ

ಕಾಯಿಲೆ ಕಸಾಲೆಗಳಿಂದ ನರಳದೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನ ನಡೆಸಬೇಕೆಂಬ ಅಭಿಲಾಷೆ ಯಾರಿಗೆ ತಾನೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ? ಅಂತಹ ಹಂಬಲ ನನಗೂ ಇತ್ತೆಂದು ಬೇರೆ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೆ. ಬಾಲ್ಯ ಮತ್ತು ಯೌವ್ವನದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನದು ತೀರಾ ಬಡಕಲು ಶರೀರ. ಸ್ನೇಹಿತರು ನರಪೇತಲ ನಾರಾಯಣ ಎಂದು ಅಣಕಿಸುತ್ತಿದ್ದುದೂ ಉಂಟು. ಮುಂದೆ 17-18 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಒಂದು ನೂರು ಪೌಂಡು ತೂಕದ ಆಜುಬಾಜಿನಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದೆ. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜ್ ಹಾಸ್ಟೆಲು ಸೇರಿದಾಗ (1950) ಪ್ರತಿದಿನ ದೊರೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಮಾಂಸಾಹಾರ ಮತ್ತಿತರ ಪುಷ್ಟಿಕರ ತಿಂಡಿ ತಿನಿಸುಗಳು ನನ್ನ ತೂಕ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಏರುವಂತೆ ಮಾಡಿದವು. ಜೊತೆಗೆ ರಜಾ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಊರಿಗೆ ಹೋದಾಗ ತನ್ನ ಒಬ್ಬನೇ ಮಗನಿಗೆ ತಾಯಿ ಹಾಲು, ಮೊಸರು, ತುಪ್ಪಗಳಿಂದಲೇ ಕೈತೊಳೆಸುತ್ತಿದ್ದಳು! ಪದವೀಧರ ವೈದ್ಯನಾದ ನಂತರ ಮಾಂಸಾಹಾರದ ಕೆಡಕುಗಳ ಅರಿವು ಕ್ರಮೇಣ ಉಂಟಾಗ ತೊಡಗಿತ್ತು. ಅದರಿಂದಾಗಿ ನಡುವೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಕಾಲ ಸಂಪೂರ್ಣ ಸಸ್ಯಾಹಾರಿಯಾಗಿದ್ದೆ. ಅನಂತರ ಯಾವುದೋ ಒಂದು ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಮಾಂಸಾಹಾರಿಯಾದರೂ ಅದನ್ನು ಒಂದು ಮಿತಿಯಲ್ಲೇ ಇರಿಸಿದ್ದೆ. ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿದ್ದೆ. ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನಗಳಂಥ ದುಶ್ಚಟಗಳನ್ನು ಕುತೂಹಲಕ್ಕಾಗಿಯಾದರೂ ಬಾಲ್ಯದಿಂದಲೂ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿದವನೇ ಅಲ್ಲವೆಂಬ ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆ ನನ್ನದು.

ತಂದೆ-ತಾಯಿ ಇಬ್ಬರ ಕಡೆಯಿಂದಲೂ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳಿದವರಾರೂ ಇದ್ದ ಬಗೆಗೆ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ನನ್ನ ತಂದೆಯವರು ಸುಮಾರು ಇಪ್ಪತ್ತೈದನೇ ವರ್ಷದೊಳಗೇ ಅಕಾಲ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದರು. ಮಲೆನಾಡಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಮಲೇರಿಯಾ ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಅವರ ಅಂತ್ಯವಾಗಿತ್ತಂತೆ. ತಾಯಿಯವರು ಸುಮಾರು ಎಂಬತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಮೀರಿ ಬದುಕಿದ್ದರು. ಕೊನೆಯ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ಅಲ್ಪಮಟ್ಟದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡವಿತ್ತು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದಾಗಿ ಅಸುನೀಗಿದ್ದರು. ನನ್ನ ಇಬ್ಬರು ಚಿಕ್ಕಪ್ಪಂದಿರು ಮತ್ತು ಸೋದರ ಮಾವಂದಿರು ಕೂಡ ದೀರ್ಘಾಯುಷಿಗಳಾಗಿದ್ದು, ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದಷ್ಟೆ ತಮ್ಮ ಅಂತ್ಯವನ್ನು ಕಂಡಿದ್ದರು. ಆದುದರಿಂದ ನನ್ನ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಆನುವಂಶೀಯ ಕಾರಣಗಳಿರಲಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ನಾನು ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದ ಮೆಗ್ಗಾನ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಆರ್.ಎಂ.ಓ. (1976-79) ಆಗಿದ್ದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದವು. ರಾಜ್ಯದ ಪ್ರಮುಖ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳಾಡಳಿತದ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನನ್ನದಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರತಿದಿನ ಹಲವು ಹತ್ತು ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ನನ್ನ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ದೈಹಿಕ ಹಾಗೂ

ಮಾನಸಿಕವಾಗಿಯೂ ಒತ್ತಡಗಳಿಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೆ. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಬಹುಬೇಗ ಬಳಲುವಂತಾಗುತ್ತಿತ್ತು; ಬಹುಬೇಗ ಹಸಿವೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು. ಮುಂಗೋಪ, ಸಿಡುಕುತನದ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳು ಕಂಡುಬರಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ವೈದ್ಯ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳ ಸಲಹೆಯಂತೆ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಗಾದೆ. ಆಗಲೇ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ವ್ಯಾಧಿ ಅಂಕುರವಾದುದರ ಅರಿವಾದುದು. ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದ ತಜ್ಞರು ಅದು ತೀರಾ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯದೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದರು. ಅವರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಮಾರ್ಪಾಡು ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮ ಅಭ್ಯಾಸಗಳಿಂದ ಅದನ್ನು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಮುಂದೆ ಬಹಳ ಸಮಯ ಅದೇ ರೀತಿಯ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೆ. ನನಗಿಂತ ಹಲವು ವರ್ಷ ಕಿರಿಯನಾದ ನನ್ನ ಸೋದರ ಸಂಬಂಧಿಯೊಬ್ಬರಲ್ಲಿ ಮುಂದೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಪ್ರಕಟವಾದುದರಿಂದ ನನ್ನ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ಗೆ ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇದ್ದಿರಬಹುದೆನಿಸಿತು.

ನನ್ನ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ ಬಗೆಗೆ ಸ್ವತಃ ನಾನೇ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ; ಆದರೂ ಈ ಕೃತಿಯ ಉದ್ದೇಶಗಳಿಗೆ ಅಂತಹ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಪೂರಕವಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ ನನಗನ್ನಿಸುವುದನ್ನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ನಾನೊಬ್ಬ ಅಂತರ್ಮುಖಿಯೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಸುಲಭವಾಗಿ ಉದ್ವೇಗಕ್ಕೊಳಗಾಗಬಹುದಾದ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಭಾವನಾಜೀವಿ; ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ಮಹತ್ವದ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಬೇಕೆಂಬ ಆದರ್ಶವಾದಿ ಕೂಡ. ಮನೋವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಪರಿಭಾಷೆಯ 'ಎ' ಮಾದರಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ (TYPE 'A' PERSONALITY) ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊಂದುವ ಮಾದರಿಯೆಂದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅದರಿಂದಲೋ ಏನೋ ಜೀವಮಾನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲೇ ಕಾಲ ಕಳೆಯುವಂತಾಗಿದ್ದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದವಿ (ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್.) ಗಳಿಸಿದಾರಭ್ಯ ಸುಮಾರು 28 ವರ್ಷಗಳನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇಲಾಖೆಯ ವಿವಿಧ ಹುದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತನಾಗಿದ್ದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಿರ್ವಹಣೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಸುಮಾರು 17 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಸ್ತರಗಳ ಆಡಳಿತ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯ ಹೊಣೆಯೂ ನನ್ನದಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ನಡುವೆ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿ (ಎಂ.ಎಸ್.) ಗಾಗಿ ಕಠಿಣತರ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸದಲ್ಲೂ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿದ್ದೆ. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿ, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ತೃಪ್ತಿಕರ ಸೇವೆ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಹೆಣಗುತ್ತಿದ್ದೆ.

ಸರ್ಕಾರಿ ಕೆಲಸದಿಂದ ನಿವೃತ್ತಿಯ ನಂತರ (1984) ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯಲ್ಲಿ ಖಾಸಗಿ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ತೆರೆದು, ಕೆಲವು ನರ್ಸಿಂಗ್ ಹೋಮ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸುತ್ತಲೂ ಇದ್ದೆ. ಸುಮಾರು ಹದಿಮೂರು ವರ್ಷಗಳಾದ ನಂತರ, ತೀರ್ಥಹಳ್ಳಿಯ ಹತ್ತಿರದ ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ (ರಾಷ್ಟ್ರಕವಿ ಕುವೆಂಪು ಅವರ ಹುಟ್ಟೂರು) ಜಮೀನು ಖರೀದಿಸಿ ವ್ಯವಸಾಯದಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಲು ಮನಸ್ಸು ಮಾಡಿದೆವು. ಊರಲ್ಲಿದ್ದ ಪಿತ್ರಾರ್ಜಿತ ಜಮೀನು ವಾರಾಹಿ ಜಲ ವಿದ್ಯುತ್ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಮುಳುಗಡೆಯಾಗಿತ್ತು. ಅದರಿಂದ ಕುಟುಂಬದ ಕಸುಬನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಆ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ನನಗಾಗಲೇ 67 ವರ್ಷಗಳಾಗಿದ್ದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಂಥ ಜಟಿಲ ಹಾಗೂ ಸಂಕೀರ್ಣ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವುದೂ ಕಷ್ಟಕರವೆಂಬಂತಾಗಿತ್ತು.

ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿ ಕೃಷಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದಾಗಲೇ, ಅದರ ಕಷ್ಟ ಸುಖಗಳ ಅರಿವಾಗತೊಡಗಿತು. ಇಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅದೆಷ್ಟು ತ್ರಾಸದಾಯಕವಾಗ ತೊಡಗಿತ್ತೆಂದರೆ, ಯಾಕಾದರೂ ಅಂತಹ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದೆವೆನಿಸುವಂತಾಗಿಬಿಟ್ಟಿತು. ಆ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲೇ ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಗುರುತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ನನ್ನ ಬೆಂಬತ್ತಿ ಬಂದಿತು. ಅಲ್ಲಿ ಕುವೆಂಪು ಅವರ ಸ್ಮಾರಕಗಳ ನಿರ್ಮಾಣಕ್ಕಾಗಿ 'ರಾಷ್ಟ್ರಕವಿ ಕುವೆಂಪು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನ' ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಸರ್ಕಾರದ ವತಿಯಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿತ್ತು. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಅದರ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆ ಕಷ್ಟವಾಗಿದ್ದು, ಅದರ ಸಮ-ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ನಾನು ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಒತ್ತಾಯಗಳು ಬರಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಒತ್ತಾಯಕ್ಕೆ ಮಣಿದು ಅದರಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡೆ ನಾದರೂ ಅದರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಹೊಣೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನನಗೆ ಅಸಾಧ್ಯವೆನಿಸಿತು. ಸ್ಮಾರಕಗಳ ಕೆಲಸಗಳಿಗೆ ಚಾಲನೆ ನೀಡಿದೆನಾದರೂ, ಅದರಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನಿಂದ ಇದ್ದ ಕೆಲವರ ಪಟ್ಟಭದ್ರ ಹಿತಾಸಕ್ತಿಗಳು ನನಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಯಿತು. ಮೊದಲೇ ಆತಂಕ ಭರಿತನಾದ ನನ್ನನ್ನು ಅವು ಅಧೀರಗೊಳಿಸಿದವು. ಕೆಲ ಸಾರಿ ಮಾನಸಿಕ ಸಮತೋಲನ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತಾಯಿತು. ನಿದ್ದೆ ಬಾರದ ರಾತ್ರಿಗಳನ್ನು ಕಳೆಯುತ್ತಿದ್ದು ಮುಂದೆ ಮನೋಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯಕ್ಕಾಗಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತಾಯಿತು. ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ನಡೆದರೆ ಉಬ್ಬಸ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಕೆಲವು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ಅನುಮಾನಗಳುಂಟಾದವು. ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ ಹುದ್ದೆಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನನ್ನಿಂದಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ರಾಜೀನಾಮೆಯನ್ನೂ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ. ಅದು ಅಂಗೀಕಾರ ವಿಳಂಬ ವಾಗುವುದರೊಳಗೇ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತ ಘಟನೆಯೂ ಜರುಗಿಬಿಟ್ಟಿತು !

ಸದ್ದಿಲ್ಲದ ಲಘು ಹೃದಯಾಘಾತ

ಸಾವಿರದ ಒಂಬೈನೂರ ತೊಂಬತ್ತೇಳರ ಅಕ್ಟೋಬರ್ ತಿಂಗಳ ಎರಡನೆ ವಾರವಿರಬೇಕು. (ಸರಿಯಾದ ದಿನಾಂಕ ನೆನಪಿಲ್ಲ). ಮಧ್ಯಾಹ್ನದ ಊಟದ ನಂತರ ಮಲಗಿ ವಿಶ್ರಮಿಸುತ್ತಾ ದಿನಪತ್ರಿಕೆ ಓದುವುದರಲ್ಲಿ ತಲ್ಲೀನನಾಗಿದ್ದೆ. ಎಡಗೈ ಕಿರುಬೆರಳಿನ ಹೊರಮೈಯಲ್ಲಿ ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆ ಒಂದು ರೀತಿ ಚಳುಕು ಆಗುತ್ತಿರುವಂತಾಯಿತು. ಅದು ಕೇವಲ ಒಂದು ನಿಮಿಷದಷ್ಟು ಸಮಯ ಇದ್ದಿರಬಹುದು; ಅನಂತರ ಅದರಷ್ಟಕ್ಕೇ ಮಾಯವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿತು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎದೆ ನೋವಾಗಲೀ ಅಥವಾ ದೇಹದ ಇನ್ನಾವ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಬಾಧೆ ಪ್ರಕಟವಾಗಲಿಲ್ಲ; ಉಸಿರಾಡುವುದಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಾಗಲೀ, ಮೈ ಬೆವರಿ ಸುಸ್ತಾಗುವಂಥ ಇನ್ನಾವ ರೋಗ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಎಡಗೈ ಕಿರುಬೆರಳಿನಲ್ಲಿ ಚಳಕು ಉಂಟಾಗುವುದು ಹೃದಯಾಘಾತದ ಅಪರೂಪದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಅರಿವು ನನಗಿತ್ತು. ಅದರಲ್ಲೂ ಡಯಾಬಿಟಿಕರಲ್ಲಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸಿದಾಗ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಮುಂತಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳದೆ, ಎಡ ಕಿರುಬೆರಳಿನ ಚಳಕೇ ಹೃದಯಾ ಘಾತವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಸೂಚನೆಯಾಗಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಕೇಳಿದ್ದೆ. ಆ ತನಕ ನನಗೆ ಅರಿವಾಗುವಂತೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಇದ್ದಿರಬಹುದಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಕಂಡು ಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಅಂದಿನ ಘಟನೆಯ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಚಿಂತನೆ ಮಾಡಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಂಥ ನಗರದಲ್ಲಿದ್ದಿದ್ದರೆ, ಕುತೂಹಲಕ್ಕಾಗಿಯಾದರೂ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರನ್ನು

ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೆ. ಆ ದಿನ ಸಾಯಂಕಾಲವೂ ಮನೆ ಮುಂದಿನ ಅಂಗಳದಲ್ಲಿ ಎಂದಿನಂತೆ ನಡೆದಾಡಿದೆ. ಮುಂದಿನ 3-4 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ತಿರುಗಾಟ ಮುಂದುವರಿಸಿದರೂ ಯಾವ ತೊಂದರೆಗಳೂ ಉದ್ಭವಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ನಂತರದ ಒಂದು ಸಾಯಂಕಾಲ ಸುಮಾರು ಅರ್ಧಗಂಟೆ ಹೊತ್ತು ಹಿಂದಿನ ದಿನಗಳಂತೆಯೇ ತಿರುಗಾಟ ಮಾಡಿದೆ. ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಡಿದಾದ ದಾರಿಯನ್ನು ಹತ್ತುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಅಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯತೆ-ಡಿಸ್ಕಂಫರ್ಟ್ (DISCOMFORT)ಯ ಅನುಭವ ಉಂಟಾಯಿತು. ಎದೆ ಬಡಿತದ ಗತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ, ಉಸಿರಾಡುವುದೂ ಕಷ್ಟವಾಗತೊಡಗಿತು. ಆದರೆ ಆಂಜೈನಾದಂಥ ನೋವೇನೂ ಕಾಣಿಸಲಿಲ್ಲ. ಕೂಡಲೇ ಮನೆಯೊಳಗಡೆ ಹೋಗಿ 10-15 ನಿಮಿಷ ಕುಳಿತು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆದೆ; ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹಿಂದಿನಂತಾಯಿತು. ಮತ್ತೆ ನಡೆದಾಟ ಶುರುಮಾಡಿದೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದೇ ಕಡಿದಾದ ದಾರಿಯನ್ನು ಏರುತ್ತಿರುವಾಗ ಹಿಂದಿನಂತೆಯೇ ಆಯಿತು. ಮತ್ತೆ ಮನೆಯೊಳಗಡೆ ಹೋಗಿ ಮಲಗಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆದೆ. ಡಿಸ್ಕಂಫರ್ಟ್ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಆ ದಿನ ಮತ್ತೆ ತಿರುಗಾಡಲಿಲ್ಲ.

ನನ್ನ ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಏನೋ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುತ್ತಿರುವುದೆಂಬುದರ ಅನುಮಾನ ನನಗೀಗ ಖಚಿತವಾಯಿತು. ಆದರೂ ಕೂಡಲೇ ನಾನೇಕೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಹರಿಸಲಿಲ್ಲ ಎಂಬುದನ್ನು ಯೋಚಿಸಿದರೆ ಈಗ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬದಲಿಗೆ ಮರುದಿನವೂ ಅದೇ ರೀತಿ ಸಾಯಂಕಾಲದ ನಡೆದಾಟವನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದೆ. ಹಿಂದಿನ ದಿನದ ಪ್ರಕರಣ ಮತ್ತೂ ಮರುಕಳಿಸಿತು. ಕುಪ್ಪಳಿಯಂಥ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ನಗರ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿದ್ದಿದ್ದರೆ ಕೂಡಲೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೆ. ಆ ಬಗೆಗೆ ಯೋಚನೆ ಮಾಡಿದೆನಾದರೂ, ಕೂಡಲೇ ಯಾವುದೇ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರಲಿಲ್ಲ. ಕುವೆಂಪು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ ಸಭೆ ನಡೆಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಮುಂದಿನ 3-4 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋಗುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮೊದಲೇ ಆಗಿತ್ತು. ಅದಕ್ಕೆ ಹೋದಾಗಲೇ ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾಗಿ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಗಾಗುವುದೆಂಬ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದೆ !

ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋಗಿ ದಿನಾಂಕ 23-10-97ರ ಕುವೆಂಪು ಪ್ರತಿಷ್ಠಾನದ ಸಭೆಯ ಕಾರ್ಯ ಕಲಾಪಗಳಲ್ಲಿ ಸಕ್ರಿಯವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದೆ. ಆ ದಿನ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದ ಜಾಗಗಳಿಗೆ ನಡೆದುಕೊಂಡೇ ಹೋಗಿದ್ದೆ. ಕಛೇರಿಗಳ ಮೆಟ್ಟಲುಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿ ಇಳಿದದ್ದೂ ಉಂಟು. ನಡುವೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಆಯಾಸದ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಹಿಂದಿನಂತೆ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಡಿಸ್ಕಂಫರ್ಟ್ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಬಹುಶಃ ಇಂತಹ ಭಾವನೆಯಿಂದಲೋ ಏನೋ ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಮುಂದೂಡಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವ ಯಾವುದೋ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯೂ ಇತ್ತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ನಿಜಸ್ಥಿತಿಯ ಮುಖಾಮುಖಿಯಾಗಬಹುದಾದ ಅಳುಕು ಸಹಾ ನನ್ನ ಸುಪ್ತ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮನೆಮಾಡಿತ್ತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಆ ದಿನ ರಾತ್ರಿಯೇ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆ.

ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ತೋರಿಸಿಕೊಳ್ಳದೆ, ಒಂದು ರೀತಿಯ ಉದ್ಧಟತನದಿಂದಲೇ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ್ದೆನಾದರೂ, ಮನದಾಳದಲ್ಲಿ ಅಪರಾಧೀ ಮನೋಭಾವ ಉಳಿದುಕೊಂಡೇ ಇತ್ತು. ಆದುದರಿಂದ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞ ಡಾ॥ ಜೆ. ನರೇಂದ್ರ ಅವರಿಗೆ ತೋರಿಸುವ ಮನಸ್ಸಾಯಿತು. ಹಿಂದೆಯೂ ಹಲವು ಸಾರಿ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ್ದರವರು. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಇಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟಿದ್ದರು.

ಅವರನ್ನು ಈ ಸಾರಿ ಭೇಟಿಯಾದಾಗ ಕಳೆದ ಎರಡು ವಾರಗಳಿಂದ ನನಗಾದ ಅನಾರೋಗ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾದ ವರದಿ ಮಾಡಿದೆ. ಅವರೂ ಸಹ ವಿವರವಾಗಿ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರು; ಅವರೇ ಖುದ್ದಾಗಿ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಚಿತ್ರಣವನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡಿದರು. ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಯ ರೇಖೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಹಿಂದೆ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೇ ಲಘು ಹೃದಯಾಘಾತ (SILENT HEART ATTACK) ಆಗಿರುವುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳು ಕಾಣಿಸುತ್ತಿವೆ ಎಂದು ತುಂಬಾ ನಯವಾಗಿಯೇ ತಿಳಿಸಿದರು. ಆ ಸುದ್ದಿಯಿಂದ ನಾನು ಧೃತಿಗೆಡದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಅವರು ಮಾತನಾಡುತ್ತಿದ್ದ ರೆಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಿತ್ತು, ಅವರು ಮತ್ತೆ ಅದೇ ಧಾಟಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದು, ಮೊತ್ತ ಮೊದಲು ನನ್ನ ಎಡಕಿರುಬೆರಳಿನಲ್ಲಿ ಚಳಕು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಹಾಗೂ ಕೆಲದಿನಗಳ ನಂತರ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಡಿಸ್ಕಂಫರ್ಟ್ ಆದಂತಾಗಿ ಉಸಿರಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಷ್ಟವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳೆಲ್ಲಾ ಲಘು-ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿದ್ದರಿಂದಲೇ ಪ್ರಕಟವಾದವೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಿದರು. ಡಯಾಬಿಟಿಕರಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸದೆ ಸದ್ದಿಲ್ಲದ ಲಘು-ಹೃದಯಾಘಾತ ಗಳಾಗುವುದು ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯವೆನ್ನುವುದನ್ನೂ ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಿದರು.

ನನ್ನ ಅಂತರಾಳದಲ್ಲಿ ಮೊದಲೇ ಅನುಮಾನವಿತ್ತಾದ್ದರಿಂದ ತಕ್ಷಣವೇ ಆತಂಕ ಅಥವಾ ಗಾಬರಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಲಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬೇಕು. ಅಂತಹ ಅಪ್ರಿಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಧೈರ್ಯದಿಂದ ಎದುರಸಲು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ನನ್ನಲ್ಲಿ ತಯಾರಿ ನಡೆದಿತ್ತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಬಹುಶಃ ನನ್ನ ಈ ರೀತಿಯ ನಿರ್ಲಿಪ್ತ ಭಾವನೆಯನ್ನು ಗ್ರಹಿಸಿದ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ನನಗಾಗಿರುವುದು ಕೇವಲ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ವ್ಯಾಧಿಯೆಂತಲೂ, ಆ ಬಗೆಗೆ ನಾನು ಗಾಬರಿಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲವೆಂದೂ ಸಾಂತ್ವನದ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡಿದರು. ಹಾಗೂ ರೋಗ ನಿದಾನವನ್ನು ಶ್ರುತಪಡಿಸಲು ಪೂರಕವಾಗಿ ಮರುದಿನ ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುವಂತೆ ಹೇಳಿ ಬೀಳ್ಕೊಟ್ಟರು. ಅವರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಶಾಂತ ಚಿತ್ತನಾಗಿಯೇ ಸ್ವೀಕರಿಸಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಇಳಿದೆನಾದರೂ, ಭಾರವಾದ ಹೃದಯದಿಂದ ಮನೆಕಡೆ ಹೆಜ್ಜೆ ಹಾಕಲಾರಂಭಿಸಿದೆ.

ಮರುದಿನ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಸಕ್ಕರೆ, ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್, ಟ್ರೈಗ್ಲಿಸರೈಡ್ಸ್ ಮುಂತಾದ ಅಂಶಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿದವು. ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಘಟಕಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯಶಾಲಿ ಯೊಬ್ಬನಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಸಹಜ (ಅಂದರೆ ಕನಿಷ್ಠ) ಹಂತದ ಮಿತಿಯಲ್ಲೇ ಇದ್ದವು. ಸಕ್ಕರೆ ಮಟ್ಟ ಸಹಜ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿಯೇ ಇದ್ದರೂ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗುವಂತಹ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ನೋಡಿದರೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಸ್ಥಿತಿ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಮಟ್ಟ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಕ್ಕರೆಯ ಮಟ್ಟ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ತುಂಬಾ ಕೆಳಮಟ್ಟಕ್ಕಿಳಿದರೆ ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಹೈಪೋಗ್ಲೈಸೀಮಿಯಾ (ಇಳಿಸಕ್ಕರೆ ರಕ್ತ)ದಿಂದ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕುಸಿದಾಗ ಹೃದ್ರೋಗವೂ ಉಲ್ಬಣಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವಂತೆ. ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವುಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆ, ಅವುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತಪೂರೈಕೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮಗೊಳಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಏರಿಕೆ ಯಲ್ಲಿದ್ದ ರಕ್ತ ಒತ್ತಡದ ನಿಯಂತ್ರಣ ಹಾಗೂ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಸಲುವಾಗಿ ಹಲವಾರು ಮಾತ್ರೆ ಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಟ್ಟರು. ಅಲ್ಲದೆ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮಪಡದೆ, ಆದಷ್ಟೂ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿರ ಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು. ಹಾಗೂ ಮತ್ತೊಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗಾಗಿ ಇನ್ನೊಂದು ಬಗೆಯ

ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಮಾಡಿಸಲೇಬೇಕೆಂದು ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿ ಬೀಳ್ಕೊಟ್ಟರು.

ಔಷಧಿ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಖರೀದಿಸಿ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಮನೆಯ ಕಡೆ ನಡೆಯಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಅದೀಗ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ನನಗಾಗಿರುವುದರ ನೈಜ ಚಿತ್ರಣದ ನೋಟಗಳು ನನ್ನ ಮುಂದೆ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರು ಗಾಬರಿಪಡುವ ಪ್ರಮೇಯ ವಿಲ್ಲವೆಂದು ಭರವಸೆ ನೀಡಿದ್ದರಾದರೂ, ಸ್ವತಃ ವೈದ್ಯನಾಗಿದ್ದ ನನಗೆ ಅದರ ಆಗುಹೋಗುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಚಿಂತಿಸದಿರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ನನ್ನಷ್ಟಕ್ಕೇ ಅದೆಷ್ಟು ಸಕಾರಾತ್ಮಕವಾಗಿ ಯೋಚನೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದರೂ, ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಭಾವನೆಗಳೇ ಮೇಲುಗೈ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದವು. ಹಿಂದಿನ ದಿನಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಖಿನ್ನ ಮನಸ್ಕನಾಗಿ ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆನು.

ಈ ತನಕ ನಾನನುಭವಿಸಿದ್ದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಪತ್ನಿಗಾಗಲೀ, ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಗಾಗಲೀ ತಿಳಿಸಿಯೇ ಇರಲಿಲ್ಲ! ಅದನ್ನೀಗ ಬಹಿರಂಗಗೊಳಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವೆಂದೆನಿಸಿತು. ಆಗ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲೇ ಇದ್ದ ನನ್ನ ಮಗ ಶಂಕರಮೂರ್ತಿ ಮತ್ತು ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯ ಅಣ್ಣ ತಮ್ಮಂದಿರೊಡನೆ ಆ ತನಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ. ಅವರಾರೂ ಈ ಬಗೆಗೆ ಗಾಬರಿಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳದಂತೆ ಜರುಗಿದ ವಿಚಾರ ಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಸ್ವಲ್ಪ ತೇಲಿಸಿಯೇ ಹೇಳಿದೆ. ಆ ಬಗೆಗೆ ಅವರೆಲ್ಲಾ ಆಶ್ಚರ್ಯಚಕಿತರಾದರೂ, ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಗಂಭೀರತೆಯನ್ನು ಅದೆಷ್ಟು ಗುರುತರವಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸಿರಬಹುದೆಂದು ಹೇಳಲಾರೆ. ಆ ಬಗೆಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಇರಬೇಕೆಂಬ ಬಗೆಗೆ ಹಿತವಚನ ಹೇಳಿದರಲ್ಲದೆ, ಮುಂದುವರಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿದರು. ಅದಾಗಲೇ ಸೇವಿಸಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳಿಂದ ಏನಾದರೂ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಮತ್ತೂ 2-3 ದಿನ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲೇ ಇದ್ದು ನಂತರ ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆ.

ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಸೂಚಿಸಿದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುತ್ತಾ ಕಾಲಕಳೆಯಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಸುಧಾರಿಸಿದಂತಾಯಿತು. ಒಂದು ತಿಂಗಳ ನಂತರ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆ. ದಿನಾಂಕ 17-11-1997ರಂದು ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿತು. (ಚಿತ್ರ11).

ಟ್ರೆಡ್ ಮಿಲ್ ಟೆಸ್ಟ್ (ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ.)

ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. (STRESS E.C.G.) ಎಂತಲೂ ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯು ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿದಾಗ ಅವನ ಹೃದಯ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಒತ್ತಡ ಅಥವಾ ಶ್ರಮಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ರೇಖೆಗಳು ದಾಖಲಾಗುತ್ತವೆ. ಅವರಲ್ಲಿ ಸುಪ್ತವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಆಗಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಅವಕಾಶ ಒದಗಿ ಬಂದಿರಲಾರದು. ಅವರು ಶ್ರಮಪಡುತ್ತಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ - ಧಮನಿಪೆಡಸಣೆಗಳಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಆಗ ಚುರುಕಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಸಾಕಾಗುವಷ್ಟು ರಕ್ತಪೂರೈಸಲು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಕತ್ತು ಹಿಸುಕಿದಂತಾಗಿ ಅವು ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಚಿತ್ರಣದಲ್ಲಿ ಆ ತನಕ

ಪ್ರಕಟವಾಗಿರಲಾರದ ಅಸಹಜ ರೀತಿಯ ರೇಖೆಗಳು ಮೂಡಿಬರುತ್ತವೆ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಅಡೆತಡೆಗಳ ಆಳ-ವಿಸ್ತಾರಗಳನ್ನು ಅವುಗಳ ಅಭ್ಯಾಸದಿಂದ ಬಹುಪಾಲು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತ ತಾಣಗಳಲ್ಲಿ (ಲೀಡ್) ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಡ್ ತಂತಿಗಳನ್ನು ನೆಲೆಗೊಳಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಅವನನ್ನು ಮೋಟಾರು ಚಾಲಿತ ಯಂತ್ರವೊಂದಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಲಗೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ (ಚಿತ್ರ 11). ಯಂತ್ರವನ್ನು ಮೊದಲು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಚಾಲನೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದು ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯೂ ಹಲಗೆಯ ಮೇಲೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ನಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಹಲಗೆಯ ಚಾಲನೆಯ ಗತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡುತ್ತಾ ಹೋದಂತೆಲ್ಲಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮಪಡುತ್ತಿರುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಹೃದಯ ಬಡಿತವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಂದ ಪೂರೈಕೆಯಾಗುವ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣದ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಸ್ನಾಯುಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಬದಲಾದ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ರೇಖೆಗಳು ಮೂಡಿಬರಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಶುರುವಾದಾಗಿನಿಂದಲೂ ಇ.ಸಿ.ಜಿ, ನಾಡಿಬಡಿತ, ಉಸಿರಾಟಗಳ ಗತಿ ಮುಂತಾದವೆಲ್ಲಾ ಸತತವಾಗಿ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಕಾರಿ ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಹಾಸಿಗೆಯೇ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.



(ಚಿತ್ರ 11) ಟ್ರೆಡ್‌ಮಿಲ್ ಹೃದಯದೊತ್ತಡ ತಪಾಸಣೆ

ಟ್ರೆಡ್‌ಮಿಲ್ ಯಂತ್ರದ ಹಲಗೆಯ ಮೇಲೆ ನಡೆಯಲು ಆರಂಭಿಸಿದಾಗ ನನ್ನ ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಲಾರಂಭಿಸಿತು; ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಬೆವರಲಾರಂಭಿಸಿತು; ಉಸಿರಾಟದ ಗತಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಯಂತ್ರ ಚಲಿಸುವ ಗತಿಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚು ಮಾಡಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಅವೆಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚಾಗ್ಗಲಾರಂಭಿಸಿದವಲ್ಲದೆ ಸುಸ್ತು ಸಹಾ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅಷ್ಟರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು 4-5 ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಯಂತ್ರ ಚಾಲನೆಯಾಗಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎದೆನೋವೇನೂ ಪ್ರಕಟವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸಿದ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ಯಂತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿದರು. ನಂತರ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ ಇದ್ದ ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದರು. ಮುಂದಿನ 10 ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸ್ಥಿತಿ ಹಿಂದಿನಂತಾಯಿತು.

ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶವನ್ನು ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ವಿವರಿಸಿದರು. ''ವ್ಯಾಯಾಮ ಧಾರಣ ಶಕ್ತಿ ಸಾಕಷ್ಟಿಲ್ಲ. ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಆದರೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪೂರ್ವಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸುವ ನಿಶ್ಚಿತ ಸೂಚನೆಗಳಿವೆ. ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವುದು ಉಚಿತ.''

ಮುಂದೆ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿ ಆದಷ್ಟೂ ಬೇಗ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಿ ಮುಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ನೀಡಿ ಬೀಳ್ಕೊಟ್ಟರು.

ಈ ತನಕದ ನಿರೂಪಣೆಯನ್ನು ವಿಶ್ಲೇಷಿಸಿದಾಗ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು (ಅನಿಯತವಾಗಿಯಾದರೂ) ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಜೊತೆಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಡೆದಿದ್ದ ವೈದ್ಯನಾದ ನನಗೆ ಹೃದಯಾಘಾತ ಏಕಾಯಿತೆಂಬ ಪ್ರಶ್ನೆ ಉದ್ಭವಿಸದಿರಲಾರದು. ಆ ಬಗೆಗೆ ಓದುಗರ ಮನದಲ್ಲಿ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಗೊಂದಲ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾದರೆ ನನಗೇನೂ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗದು. ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇದ್ದು ಬಹಳಷ್ಟು ಆರೋಗ್ಯದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರಿಗೇ ಅದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಕಾಡಿತೆಂದರೆ ಅಂತಹ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸುವುದರಲ್ಲೇನರ್ಥವಿದೆ, ಎನಿಸಿದರೆ ಅದರಲ್ಲಿ ತಪ್ಪೇನಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ನೋಡಿದರೆ ನನಗೂ ಮೊದಲಿಗೆ ಹಾಗೇ ಅನಿಸಿತು ! ಆದರೆ ಸಾವಧಾನವಾಗಿ ವಿವೇಚಿಸೋಣ. ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಎಪ್ಪತ್ತರ ಹತ್ತಿರದ ವಯಸ್ಸು ನನ್ನದು'; ಕಾರೋನರಿ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಪೂರಕವೆನ್ನಲಾದ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಕಳೆದ ಕಾಲು ಶತಮಾನಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚುಕಾಲ ನನ್ನನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಅದೆಷ್ಟೇ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಯಾಮದ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದೆನೆಂದುಕೊಂಡರೂ ಅವೆಲ್ಲಾ ಅಷ್ಟೊಂದು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದುವೆಂದು ಶಪಥ ಮಾಡಿ ಹೇಳಲಾರೆ. ಅವೆಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಜೀವಮಾನವೆಲ್ಲಾ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತನಾಗಿದ್ದೆ; ಅಂತಿಮ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಜೀವನ ಕಳೆಯುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿದ್ದವನಿಗೆ ಅದು ಹೆಚ್ಚೇ ಆಗುವ ಪರಿಸರವೂ ಏರ್ಪಟ್ಟಿತು. ಅದರಿಂದ ನನಗೆ ಹೃದಯಾಘಾತವಾದುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ನೆಪದ ಕಾರಣ ಮುಂದೊಡ್ಡುವುದು ಸರಿಯೆನಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಬೇರೆಯವರಿಗೂ ಹೀಗೆ ಆಗುತ್ತದೆಂದರ್ಥವಲ್ಲ. ಆ ಬಗೆಗೆ ಯಾರೂ ನಿರಾಶಾಭಾವನೆ ತಳೆಯಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಮುಂದಿನ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳು ದೊರಕಬಹುದು.

5. ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್

ನನ್ನ ಗುಂಡಿಗೆಯ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ವ್ಯಾಧಿ ಅಂಕುರವಾಗಿ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಹೃದಯಾ ಘಾತದಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನವಾಯಿತಷ್ಟೆ. ಆ ಅನುಭವವನ್ನು ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನು ಎದುರಿಸಿದ ಕೆಲವು ವಿರೋಧಾಭಾಸಗಳನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಿರುವೆ. ಇಂತಹ ವಿಷಯ ವೊಂದರ ಬಗೆಗೆ ಅದಕ್ಕೂ ಮೊದಲೇ ನನಗೆ ಸ್ಫೂರ್ತಿ ನೀಡಿದ ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಭಾಷೆಯ ಕೃತಿ 'ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್' ಹಾಗೂ ಅದರ ಕರ್ತೃ ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಮ್ ಎ. ನೋಲೆನ್‌ರ ವಿಚಾರಗಳು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಾಗಿವೆ. ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರಾಗಿದ್ದ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್, ಪ್ರವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ಉಪಯುಕ್ತ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸಿದ ಜನಪ್ರಿಯ ಲೇಖಕರೂ ಕೂಡ. ವಯಸ್ಸು, ವೃತ್ತಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮಿಬ್ಬರ ನಡುವೆ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಸಮಾನತೆ ಇದ್ದಂತಿರುವುದು ಕಾಕತಾಳೀಯವಿರಬಹುದೇನೋ. ಅವರ 47ನೇ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರೂ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾಯಿತು; ಆ ವ್ಯಾಧಿ ನನ್ನ 69ರ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಅದು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ನಾನೂ ಸಹ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಯಿತು. ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಕೃಷಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಂಚ ಅನುಭವವಿದ್ದುದರಿಂದ ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿನ ನನ್ನ ಅನುಭವವನ್ನು ಕೇವಲ ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಕೃತಿಗಿಳಿಸಬಹುದಿತ್ತು. ಬಹುಪಾಲು ಕುತೂಹಲ ಕೆರಳಿಸದ, ನೀರಸ ವೃತ್ತಾಂತವಾಗಿಬಿಡುತ್ತಿತ್ತೇನೋ, ಅದಾಗಲೇ 'ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್' ('ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕನೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದಾಗಿನ ಅನುಭವ') ಕೃತಿಯನ್ನು ಅಭ್ಯಸಿಸಿದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿಂದ ನಾನೂ ಸಹ ಅಂತಹದೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅನುಭವಿಸಿದ ವೃತ್ತಾಂತವನ್ನು ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ರಚಿಸಿದ ಮಾದರಿಯಲ್ಲೇ ರಚಿಸುವ ಮನಸ್ಸಾಯಿತು. ಅದರಿಂದ ನನ್ನ ಅನುಭವವನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಹುಟ್ಟು, ಬೆಳವಣಿಗೆ, ರೂಪರೇಷೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಹಾಗೂ ಮುಂದಿನ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ವಿವರಣೆಗಳು ಕೃತಿಯ ವಿವಿಧೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಸುಹೊಕ್ಕಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ವಿವರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಯೋಜನೆಯ ಮೂಲ ಪ್ರೇರಣೆ 'ಸರ್ಜನ್ ಅಂಡರ್ ದ ನೈಫ್' ಕೃತಿ; ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಅದ್ವೆಗೆ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಯಿತು, ಅದನ್ನು ಅವರು ಹೇಗೆ ಎದುರಿಸಿದರು ಎಂಬ ವಿವರಣೆಗಳು ಆ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಹೃದಯಂಗಮ ಹಾಗೂ ಸ್ವಾರಸ್ಯಕರ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬಂದಿವೆ ಎಂಬುದರ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನನ್ನ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಅವರ ಅನುಭವ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದಂಥ ಗುರುತರ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವಲ್ಲಿ ಅನೇಕರಿಗೆ ದಾರಿ ದೀಪವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಅಭಿಲಾಷೆಯಿಂದ ಈ ನಿರೂಪಣೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಮ್ ಎ. ನೋಲೆನ್

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಅಮೆರಿಕಾದ ಮಾದರಿಯ ಮಧ್ಯಮ ವರ್ಗದ ಕುಟುಂಬದ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಯವರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉನ್ನತ ಶಿಕ್ಷಣ ಪಡೆದ ಅವರು ಮಿನ್ನೇಸೋಟಾ ರಾಜ್ಯದ,

ಮೀಕರ್ ಕೌಂಟಿ ಪ್ರದೇಶದ ಲಿಚ್‌ಫೀಲ್ಡ್ (LITCHFIELD) ಸಿಟಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿದ್ದರು. ಸಹಕಾರಿ ತತ್ವದ ಆಧಾರದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪನೆಯಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅದು; ಸುಮಾರು 8-10 ಜನ ವಿಶೇಷ ಪರಿಣಿತಿ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯರು ಅಲ್ಲಿ ಗ್ರೂಪ್ ಪ್ರಾಕ್ಟೀಸ್ ಮಾದರಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ಅಲ್ಲಿಯ ಪ್ರಧಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು.

ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯಾದಾಗಿನಿಂದಲೂ ವ್ಯಾಯಾಮ, ಕ್ರೀಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಾಸಕ್ತಿ ಇದ್ದವರು. ಪ್ರಸ್ತುತ ವೈದ್ಯ ವೃತ್ತಿ ನಿರತರಾಗಿದ್ದರೂ ಪ್ರತಿದಿನ ಟೆನ್ನಿಸ್ ಇಲ್ಲವೆ ರಾಕ್ವೆಟ್ ಬಾಲ್ (Racquet Ball) ಆಟಗಳನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಆಡುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಮುಂದುವರಿದಿತ್ತು. ಅಲ್ಲದೆ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬರವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಸಿದ್ಧಹಸ್ತರಾಗಿದ್ದರು. ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲೂ ದಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಚತುರ ಸರ್ಜನ್ ಎಂದು ಪ್ರಖ್ಯಾತರಾಗಿದ್ದರು.

ತಮ್ಮ ಆಹಾರ ವಿಹಾರಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ಬಹಳಷ್ಟು ಹಿತಮಿತ ಅಭ್ಯಾಸ ಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡವರು. ಅವರೆಂದೂ ಧೂಮಪಾನಾಭ್ಯಾಸವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಲಿಲ್ಲ. ಮದ್ಯಪಾನಾಭ್ಯಾಸವಿದ್ದರೂ ಅದು ಅತಿರೇಕಕ್ಕೆ ಹೋಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದ್ದು, ಆ ಬಗೆಗೆ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಮುಂದುವರಿ ಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಅವರ ತಂದೆಗೂ ಆ ಸಮಸ್ಯೆ ಇತ್ತು. ಜೊತೆಗೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಅವರ ತಂದೆಯ ಕೆಳದವಡೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ನೋವಿನ ಸರಿಯಾದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರಲಿಲ್ಲವಂತೆ. ಹಲ್ಲುಗಳ ಬಾಧೆಯಿಂದಲೇ ಹಾಗಾಗುತ್ತಿರಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನದಿಂದ ಕೆಳದವಡೆಯ ಹಲ್ಲುಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಕೀಳಿಸಿದ್ದರೂ, ದವಡೆ ನೋವು ಹತೋಟಿಗೆ ಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ತಮ್ಮ 58ನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದ ಅಸು



ನೀಗಿದರಂತೆ. ಕೆಳದವಡೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ವಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಕಂಡುಬರುವ ಒಂದು ರೋಗಲಕ್ಷಣ ! ಅಂದರೆ ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಮ್ ನೋಲೆನ್‌ರ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಕ್ಕೆ ಆನುವಂಶಿಕ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಇತ್ತೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಅವರ ತಂದೆಯವರಲ್ಲಿ ಅದು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಲ್ಲಿ ಅದು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದ್ದು ಆಚ್ಚರಿಯೇನಲ್ಲ.

ವಿಚಿತ್ರ ಅನುಭವ

ಅಮೆರಿಕಾದ್ಯಂತ ಮಾತೃದಿನ ಆಚರಿಸುವ ಮೇ ತಿಂಗಳ ಹನ್ನೊಂದರ ಭಾನುವಾರ (1975) ದಂದು ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ತಮ್ಮ ಪತ್ನಿಯ ಜೊತೆ ಹತ್ತಿರದ ಹಳ್ಳಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ವಿಶ್ರಾಂತಿಧಾಮದಲ್ಲಿ ಹಾಯಾಗಿ ಕಾಲ ಕಳೆಯಲು ತೆರಳಿದ್ದರು. ಸಂಜೆ ವಾಪಸಾಗುವಾಗ ಮಾರ್ಗಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ರಾಕ್ವೆಟ್ ಬಾಲ್ ಕ್ರೀಡಾಂಗಣಕ್ಕೆ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಮನಸ್ಸು ಮಾಡಿದರು. ಅವರ ಪರಿಚಯದೊಬ್ಬರು ಅದಾಗಲೇ ಆಟಕ್ಕಿಳಿಯಲು ತಯಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಅವರಿಬ್ಬರೂ ಎದುರಾಳಿಗಳಾಗಿ ಒಂದೆರಡು ಸೆಟ್ಟು ಆಡವಾಡುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರು. ಹಿಂದೆ ಅವರೆಂದೂ ಎದುರಾಳಿಗಳಾಗಿ ಆಟವಾಡಿದವರಲ್ಲ. ಆದರೂ ಒಬ್ಬರನ್ನೊಬ್ಬರು ಸದೆ ಬಡಿಯುವುದಾಗಿ ಜಂಬಕೊಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಕಣಕ್ಕಿಳಿದರು.

ಅತಿಯಾದ ಸೆಕೆ, ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿಸುವಂಥ ಹವಾಮಾನ ಅಂದಿನದು. ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದಲೇ ನೋಲೆನ್ ತಮ್ಮ ಆಟವನ್ನು ಶುರು ಮಾಡಿದರು. ಐದು ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟು ಕಾಲ ಆಟ ಸಾಗಿತ್ತು. ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಉಸಿರಾಡುವುದು ಕಷ್ಟಕರವೆಂದೆನಿಸಿತು. ಎರಡನೆ ಸಾರಿ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಒಳಗೆಳೆದುಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿದಂತಾಯಿತು; ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಸುಡುತ್ತಿರುವ ಹಾಗೆ ಉರಿಯಾಗತೊಡಗಿತು. ಅವರ ಉಸಿರುನಾಳ ಸೆಡೆತಕ್ಕೊಳಗಾಗಿ ಗಾಳಿ ಸಂಚಾರವೇ ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲವೋ ಎಂದೆನಿಸಿತು. ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ತಣ್ಣಗೆ ಬೆವರಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಹಿಂದೆಂದೂ ಅವರಿಗೆ ಆ ರೀತಿಯ ಅನುಭವವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ.

ಆಟ ಶುರುವಾಗಿ ಆರು ನಿಮಿಷಗಳಾಗುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ತೀರ ಸುಲಭವೆನ್ನಬಹುದಾದ ಚೆಂಡನ್ನು ಬೆನ್ನಟ್ಟಿ ಹೊಡೆಯುವುದರಲ್ಲೂ ವಿಫಲರಾದರು. ಎದುರಾಳಿಯೊಡನೆ ತಮಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಿ ಆಟವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದರು. ಕೊಠಡಿಯ ಬಾಗಿಲು ತೆಗೆಸಿ ಹೊರಗಡೆ ಯಿಂದ ಹೊಸಗಾಳಿ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡರು. ಹೊರಗಡೆ ಹೋಗಿ ಹುಲ್ಲುಹಾಸಿನ ಮೇಲೆ ತಲೆ ಬಗ್ಗಿಸಿ ಕುಳಿತು ದೀರ್ಘ ಉಸಿರಾಟ ಮಾಡಿದರು. ಮುಂದಿನ ಎರಡು-ಮೂರು ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆಯುರಿತ ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಉಸಿರು ನಾಳದ ಸೆಡೆತವೂ ಮಾಯವಾಯಿತು; ಹಿಂದಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಯಿತು. ಅವರಿಬ್ಬರೂ ಮತ್ತೆ ಆಟಕ್ಕಿಳಿದರು. ಒಂದಲ್ಲ, ಎರಡು-ಮೂರು ಸಾರಿ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಆಡಿದರು. ನೋಲೆನ್ನರಿಗೆ ಮತ್ತೇನೂ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದವರು ಎಂದಿನಂತೆ ಭೋಜನಾನಂತರ ಮಲಗಿದರು, ನಿರಾಯಾಸವಾಗಿ ನಿದ್ರೆಯೂ ಹತ್ತಿತು. ಎದೆ ನೋವಿನ ಪ್ರಕರಣ ಅಂದೇ ಅವರ ಮನದಾಳದಿಂದ ಮರೆಯಾಯಿತು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ತುರ್ತಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಕಾರ್ಯಗಳಿದ್ದುದರಿಂದ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಯಾವುದೇ ಆಟಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಲಿಲ್ಲ. ಬುಧವಾರ ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ಟೆನ್ನಿಸ್ ಆಡುವ

ಅವಕಾಶ ಉಂಟಾಯಿತು. ಎಂದಿನ ಜೊತೆ ಆಟಗಾರ ಸ್ವ್ಯಾನ್ ರೋಯಿಸರ್ ಅಂದಿನ ಆಟಕ್ಕೆ ಜೊತೆ ಗೂಡಿದರು. ಇಬ್ಬರೂ ಸರಿಸಮಾನ ಆಟಗಾರರು.

ಜೊತೆಗಾರರಿಬ್ಬರೂ ಎಂದಿನ ಹುಮ್ಮಸ್ಸಿನಿಂದಲೇ ಎರಡು ಸೆಟ್ಟು ಆಟಗಳನ್ನು ಮುಗಿಸಿದರು. ಇನ್ನು ಹತ್ತು ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರನೆ ಸೆಟ್ಟು ಮುಗಿಯಿತೆನ್ನುವುದರಲ್ಲೇ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಎದೆಯಲ್ಲಿ (ಗಂಟಲು) ಉರಿತ ಕಾಣಿಸಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಭಾನುವಾರದ ಪ್ರಕರಣ ಸ್ಮೃತಿಪಟಲದಿಂದ ಮರೆಯಾಗಿದ್ದರಿಂದಲೇ ಏನೋ ನೋಲೆನ್ ಅದನ್ನು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಿಲ್ಲ. ಆ ದಿನದ ಹವೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮುಗ್ಗಿದ್ದಂತಿದ್ದುದರಿಂದ ಹಾಗಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ಭಾವಿಸಿದರು. ನಾಲ್ಕನೆ ಸೆಟ್ಟಿನ ಆಟಕ್ಕಾಗಿ ಕ್ರೀಡಾಂಗಣವನ್ನು ಪರಸ್ಪರ ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಂಡರು. ಅಷ್ಟರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಡಿಮೆ ಯಾಗಿದ್ದ ಎದೆನೋವು ಮತ್ತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗತೊಡಗಿತು. ಸ್ವ್ಯಾನ್ ಹೊಡೆದ ಸುಲಭದ ಡ್ರಾಪ್-ಷಾಟನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸುವಲ್ಲಿ ನೋಲೆನ್ ವಿಫಲರಾದರು. ''ಸ್ವ್ಯಾನ್ ನನಗೆ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿ ಬರುತ್ತಿದೆ; ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಉರಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ; ಮೊನ್ನೆ ಭಾನುವಾರ ರಾಕ್ವೆಟ್‌ಬಾಲ್ ಆಡುವಾಗಲೂ ಹೀಗೆ ಆಗಿತ್ತು ; ನನಗೀಗ ಕೆಲ ನಿಮಿಷ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಆಮೇಲೆ ಮತ್ತೆ ಆಡೋಣ'' ಎಂದು ಆಟ ನಿಲ್ಲಿಸಿದರು.

ಮೂರು ನಿಮಿಷಗಳ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ನಂತರ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಹಾಯೆನಿಸಿತು. ಮತ್ತೆ ಆಟಕ್ಕಿಳಿದರು. ಮೊದಲ ಸೆಟ್ ಮುಗಿಸುವ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಮತ್ತೆ ಉಸಿರು ಹಿಡಿದಂತಾಯಿತು. ಮುಂದುವರಿಯಲಾಗದೆ ಅಲ್ಲಿಗೇ ಆಟ ನಿಲ್ಲಿಸಿದರು. ಸ್ವ್ಯಾನ್, ಮೊದಲಿಗೆ ಅವರ ಮಾತನ್ನು ನಂಬಲಿಲ್ಲ. ಸೋಲುವ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ನೆಪ ಹೂಡುತ್ತಿರುವರೆಂದು ನೋಲೆನ್‌ರನ್ನು ಛೇಡಿಸಿದರು. ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯನಂತರ ಅದೊಂದು ಸವಾಲೆಂದು ಆಟ ಮುಂದುವರಿಸಿ ನೋಲೆನ್‌ರೇ ಗೆದ್ದುಬಿಟ್ಟರು !

ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿದರು. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಪತ್ರಿಕೆಗಳನ್ನು ತಿರುವಿ ಹಾಕಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆದರು. ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ಎರಡೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ಗೆ ಹೋಗಿ ತಮ್ಮ ಎಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಲ್ಲೀನರಾದರು. ಹಿಂದಿನ ಭಾನುವಾರ ಮತ್ತು ಬುಧವಾರದ ಎರಡೂ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅವರನ್ನಾವ ಚಿಂತೆಗೂ ಈಡು ಮಾಡಲಿಲ್ಲ! ಮುಂದೆಯೂ ಕೆಲವು ದಿನ ಆಟಗಳು ಮುಂದುವರಿದವು.

ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಮ್ ನೋಲೆನ್ ಸ್ವತಃ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದರೂ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾಪಾರಂಗತರಾದ ಅವರನ್ನು ನೋಡಲು ಎದೆನೋವು ಅಥವಾ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾದ ಅವರ ರೋಗಿಗಳಿಗಾರಿ ಗಾದರೂ ಎದೆ ನೋವಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಇದ್ದರೆ, ಅವರನ್ನು ಸೂಕ್ತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಕಳುಹಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬಹುದಷ್ಟೆ. ಆದರೆ ಅವರಿಗೇ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಎರಡು ಸಾರಿ ತೀವ್ರ ಎದೆನೋವು, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಅವರಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಅನುಮಾನ, ಕಳವಳಗಳುಂಟಾಗಲಿಲ್ಲ !

'ವೈದ್ಯಕೀಯ ವ್ಯಾಧಿಗಳ' (Internal Medicine) ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನಾಸಕ್ತಿ ಇರದ ಸರ್ಜಿಕಲ್ ವೃತ್ತಿನಿರತ (Surgeon) ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಂತಹವರಿಗೆ ಆಂಜೈನಾ/ಹೃದಯ ಶೂಲೆಗಳ ರೂಪರೇಷೆಗಳು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಮನದಟ್ಟಾಗಿರಲಾರವು. ಬಹುಶಃ ಹಿಂದೆ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿ ದೆಸೆಯಲ್ಲಿ ಪಠ್ಯಕ್ರಮದನುಸಾರ ತಿಳುವಳಿಕೆಗೆ ಬಂದಷ್ಟು ವಿಚಾರಗಳು ಗೊತ್ತಿರಬಹುದಷ್ಟೆ. ಶ್ರಮವಹಿಸಿ

ಆಟವಾಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಎದೆನೋವು ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆದ ನಂತರ ಉಪಶಮನವಾಗುತ್ತಿದ್ದುದು ಅವರ ಕಲ್ಪನೆಯ ಆಂಜೈನಾದ ಮಾದರಿಗೆ ಹೋಲಿಕೆಯಾಗಿರದಿದ್ದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಲ್ಲ.

ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಟ ಶುರುಮಾಡಿದ ಐದೇ ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆ ನೋವು (ಉರಿತ) ಹಾಜರಾಗಿಬಿಡುತ್ತಿತ್ತು; ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ನಂತರ ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಒಂದು ದಿನ ರಾಕ್ವೆಟ್ ಬಾಲ್ ಆಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಒಂದು ಪ್ರಕರಣ ಮರುಕಳಿಸಿತು. ಅಂದಿನ ಆಟಗಳೆಲ್ಲಾ ಮುಗಿದು ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿ ಜೊತೆಗಾರರ ಹತ್ತಿರ ಕುಳಿತು ಹರಟುತ್ತಿದ್ದರು. ಜೊತೆ ಆಟಗಾರ ಕಿತ್‌ಲಾಂಗ್ ಮಾತು ಶುರುಮಾಡುತ್ತಾ, ''ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನೀವು ಬಹಳಷ್ಟು ಬಳಲಿದವರಂತೆ ಹಾಗೂ ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆಯೂ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಲ್ಲ; ಆ ಬಗೆಗೆ ಕೇಳಿದರೆ ನನಗೇನೂ ಆಗಿಲ್ಲವೆಂದು ನುಣುಚಿಕೊಂಡುಬಿಡುತ್ತೀರಿ; ಆಟವಾಡುವಾಗ ನಿಮಗೆ ಅದೇಕೆ ಹಾಗಾಗುತ್ತದೆ ?'' ಎಂದು ಛೇಡಿಸುವಂತೆ ಕೇಳಿದರು. ಅವರಿಬ್ಬರ ಮಾತುಗಳನ್ನು ಆಲಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಸ್ವ್ಯಾನ್ ರೋಯಿಸರ್ ನಡುವೆ ಬಾಯಿ ಹಾಕಿ ''ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ನಿಮಗೊಬ್ಬ ಇಂತಹ ರೋಗಿ ಇದ್ದರೆ, ಅವನು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಕೇಳುವಂತೆ ಆಗ್ರಹಪಡಿಸು ತ್ತಿರಲಿಲ್ಲವೇ ?'' ಎಂದು ತಮ್ಮ ಅನಿಸಿಕೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

''ನಿಜ, ನಿಮ್ಮ ಹೃದಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗಿರಲಾರದು; ಆದರೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಯೋಚಿಸಿ, ನಿಮಗೇನಾಗಿರ ಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ನೀವೇ ಏಕೆ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ತಜ್ಞರ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯಬಾರದು ? ಬಹುಶಃ ಒಂದು ವಿಷಯ ನಿಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರಲಾರದು; ಆಟ ಆಡುತ್ತಿರುವಾಗ ನೀವೆಲ್ಲಿ ಕುಸಿದು ಬಿದ್ದು ಅಸುನೀಗುತ್ತೀರೋ ಎಂಬ ಭಯದಿಂದ ಇಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮೊಂದಿಗೆ ಆಟವಾಡುತ್ತಿರುವ ವರೆಲ್ಲಾ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ'' ಎಂದು ಕೀತ್ ಸ್ವಲ್ಪ ಗಂಭೀರವಾಗಿಯೇ ದನಿಗೂಡಿಸಿದರು.

''ಸರಿ, ಸರಿ, ನೀವೆಲ್ಲಾ ಹೇಳುತ್ತಿರುವುದು ನಿಜವಾಗಿರಲೂಬಹುದು; ನನ್ನ ಹೃದಯ ಹಾಗಿರಲಾರದೆಂಬ ಅನಿಸಿಕೆ ನನಗೇನೋ ಇದೆ. ಆದರೂ ನಿಮ್ಮೆಲ್ಲರ ಅಭಿಲಾಷೆಯಂತೆ ನಾಳೆಯೇ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರಿಂದ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ'' ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ ತಮ್ಮ ಸ್ನೇಹಿತರ ಹಿತವಚನಗಳಿಗೆ ತಲೆ ಬಾಗಲೇಬೇಕಾಯಿತು.

ತಮ್ಮ ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ಸಲಹೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಮಿನ್ನಿಯ ಪೋಲಿಸ್‌ನ ತಜ್ಞವೈದ್ಯ ಫಿಜಿಸಿಯನ್ ಡಾ|| ಬಿಲ್ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಅವರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದರು.

ಜೂನ್ 17ರಂದು (1975) ಡಾ|| ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಡಾ|| ನೋಲೆನ್ನರನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರು. ಅವುಗಳಿಂದ ನೋಲೆನ್ನರಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರು ವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಅವರು ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾಗುವ ಏರ್ಪಾಡು ಗಳನ್ನೂ ಮಾಡಿದರು. ಯಂತ್ರದ ಹಲಗೆಯ ಮೇಲೆ ನಿಂತು ಅದು ಚಾಲೂ ಆಗುವುದಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಅವರ ನಾಡಿಮಿಡಿತ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ 75ರಷ್ಟಿತ್ತು. ವಿಶ್ರಾಂತ ಸಮಯದ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ರೇಖೆಗಳೂ ಸಹ ಸಹಜ ರೀತಿಯವೇ ಆಗಿದ್ದವು. ಟ್ರೆಡ್‌ಮಿಲ್ ಯಂತ್ರ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ಆರಂಭಿಸಿದ ಹತ್ತೇ ನಿಮಿಷದಲ್ಲಿ ಅವರ ನಾಡಿಮಿಡಿತ 110ಕ್ಕೆ ಏರಿತು; ಆದರೆ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಯಂತ್ರದ ಚಾಲನೆಯ ವೇಗವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲಾಯಿತು; ನೋಲೆನ್ನರ ಮೈ ಬೆವರಲಾರಂಭಿಸಿತು; ಟೆನ್ನಿಸ್/ರಾಕೆಟ್ ಬಾಲ್ ಆಟದ ನಡುವಿನಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಎದೆ ಉರಿತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಲಾರಂಭಿಸಿದವು; ಆದರೆ

ಅಷ್ಟು ತೀವ್ರವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಸೆಕೆಂಡುಗಳ ನಂತರ ಉರಿತ ಇನ್ನೂ ವಿಪರೀತವಾಯಿತು. ಆಟವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುವ ಹಂತವೂ ತಲುಪುವಂತಾಯಿತು. ತಣ್ಣನೆಯ ಬೆವರು ಸುರಿಯುವುದು ವಿಪರೀತವಾಯಿತು.

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ನರ ಇ.ಸಿ.ಜಿ ಹಾಗೂ ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಗಾ ಇರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಟ್ರೆಡ್‌ಮಿಲ್ ಯಂತ್ರ ಚಲಿಸುವುದನ್ನು ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿದರು. ಅವರನ್ನು ಯಂತ್ರದಿಂದ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿ ಪಕ್ಕದ ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದರು. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವೇ ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಮತ್ತೂ ಕೆಲ ಸಮಯದ ನಂತರ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ನರು ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದರು.

ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತಿನಲ್ಲೇ ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್, ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ರೇಖಾಕೃತಿಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ನೋಲೆನ್ ಇದ್ದಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದರು. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ನರೇ ಮಾತು ಆರಂಭಿಸಿ ''ಏನಾದರೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿವೆಯೇ'' ಎಂದು ಆತಂಕಭರಿತರಾಗಿ ವಿಚಾರಿಸಿದರು. ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಗಮನಾರ್ಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿರುವುದನ್ನು ವಿವರಿಸಿದರು. ನೋಲೆನ್‌ರಿಗಾಗಿದ್ದ ಗಾಬರಿಯನ್ನು ಅರಿತ ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಅವರಿಗೆ ಸಾಂತ್ವನದ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡಿ, ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದರು – ''ಅವರ ಹೃದಯದ ಬಡಿತ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ 122ಕ್ಕೆ ಏರುವವರೆಗೆ ಅದು ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವಂತಿತ್ತು. ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಯಲ್ಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ನಾಡಿಮಿಡಿತ ಏರುತ್ತಾ ಹೋದಂತೆಲ್ಲಾ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಗೆರೆಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಾಣಲಾರಂಭಿಸಿದವು; ಬಡಿತ 150ಕ್ಕೆ ತಲುಪಿದಾಗ, ನೋಲೆನ್ ಆಟವಾಡುವುದನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ, ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಬಯಸುವ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬರುವ ಹಂತದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಆಗಿನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಟ್ರೆಡ್‌ಮಿಲ್ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಅವರನ್ನು ಮಲಗಿಸಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ನಂತರ ನಾಡಿಮಿಡಿತ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ 85ಕ್ಕೆ ಇಳಿಯಿತು. ಎದೆ ಉರಿತ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗಿತ್ತು. ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಗೆರೆಗಳೂ ಹಿಂದಿನಂತಾದವು'' – ಎಂದು ಹೇಳಿ ಅಂತಹ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಮಹತ್ವವನ್ನು ವಿವರಿಸಿದರು. ಅವರ ಕೆಲವು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಗಳುಂಟಾಗಿರುವುದನ್ನು ಶ್ರುತಪಡಿಸಿದರು. ಶ್ರಮವಹಿಸಿ ಆಟವಾಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ, ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ರಕ್ತಪೂರೈಕೆಯಾಗದಿದ್ದುದರಿಂದ ಎದೆನೋವು, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದವೆಂಬುದನ್ನು ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು. ಆ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಯಾವ ಯಾವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ ಮತ್ತು ಟಿಸಿಲುಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಿವೆಯೆಂಬೆಲ್ಲಾ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕೆಂದು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು.

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಯಾವ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಡಿಸಬೇಕೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೂ ಅಂದೇ ನಿರ್ಧಾರವೂ ಆಯಿತು. ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್, ಅದೇ ನಗರದ ಬ್ರೂಕ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಡಾ॥ ಜಾರ್ಜ್‌ಸ್ಮಿತ್ (ಹೆಸರು ಬದಲಾಯಿಸಲಾಗಿದೆ) ಅವರಿಂದ ಮಾಡಿಸುವ ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು. ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್, ನೋಲೆನ್ ಅವರಿಗೂ ಪರಿಚಿತರೇ ಆಗಿದ್ದು ಆ ಬಗೆಗೆ ತಮ್ಮ ಸಮ್ಮತಿ ಇತ್ತರು. ಕೂಡಲೇ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರನ್ನು ಟೆಲಿಫೋನ್ ಮೂಲಕ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ, ಅವರ ಅನುಕೂಲವನ್ನನುಸರಿಸಿ

ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ ಜೂನ್ 25 (1975)ರಂದು ಜರುಗಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರವೂ ಆಯಿತು. ನೋಲೆನ್‌ರ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಚಿತ್ರದ ಟೇಪುಗಳನ್ನು ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಅವರೇ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರಿಗೆ ಕಳುಹಿಸುವುದೆಂದು ತೀರ್ಮಾನವಾಯಿತು.

ಆ ತನಕದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಗಳು ಉಂಟಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ಅದು ಮುಂದುವರಿದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವುದರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರಿವು ಉಂಟಾಯಿತು. ಅಲ್ಲಿಂದ ಊರಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವ ಮಾರ್ಗದಲ್ಲಿ ಪತ್ನಿ ಜೋನ್‌ರೊಡನೆ ಅವರಿಗುಂಟಾಗಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಿದರು; ಹಾಗೂ ಅದನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವ ರೀತಿ-ನೀತಿಗಳ ಬಗೆಗೂ ಚರ್ಚೆಗಳೂ ಆದವು. ಏನೇ ಆದರೂ ಮುಂದಿನವಾರ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ನಂತರವೇ ಅಂತಿಮ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುವುದೆಂಬ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬಂದರು. ಲಿಚ್‌ಫೀಲ್ಡ್‌ನ ಅವರ ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ, ಬ್ರೂಕ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರಿಗೆ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಫೋನ್ ಮಾಡಿದರು. ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಅವರ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಟೇಪುಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನ ಅವರು ಏನೆಲ್ಲಾ ತಯಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡುಬರಬೇಕೆಂತಲೂ ವಿಚಾರಿಸಿದರು.

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಅವರ ಪತ್ನಿಯ ಜೊತೆ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ ದಿನಕ್ಕಿಂತಲೂ ಒಂದು ದಿನ ಮೊದಲೇ - ಜೂನ್ 24ರಂದು ಬ್ರೂಕ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾದರು. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ಮೊದಲು ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಕೆಲವು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಾಗಬೇಕಾಗಿದ್ದವು; ಹಾಗೂ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರೊಡನೆಯೂ ಅವರ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಯ ಬಗೆಗೆ ಚರ್ಚಿಸಬೇಕಿತ್ತು. ಸಂಜೆ ನಾಲ್ಕು ಗಂಟೆ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್, ನೋಲೆನ್ನರ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ., ಇ.ಸಿ.ಜಿ.ಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾತಾಡತೊಡಗಿದರು. ''ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ನಿಮ್ಮ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ರೇಖೆಗಳು ನನಗೆ ಅಷ್ಟಾಗಿ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂದು ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಮೂರು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವಂತಿವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಚಿತ್ರಣ ಇರುವ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಗಂಭೀರ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಹಾಗೇನಾದರೂ ಆದರೆ ನಿಮಗೆ ತುರ್ತಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಸಹ ಜರುಗಿಸುವ ಪ್ರಮೇಯ ಒದಗಿ ಬರಬಹುದು. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ನಿಮಗೆ ಇಷ್ಟವಾಗಬಹುದಾದ ಹೃದಯದ ಸರ್ಜನ್ (CARDIAC SURGEON) ಒಬ್ಬರನ್ನು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿ ಎನಿಸುತ್ತದೆ; ಅಂತಹ ಯಾರ ಹೆಸರನ್ನಾದರೂ ನೀವು ಸೂಚಿಸಿದರೆ ಅವರನ್ನು ಗೊತ್ತುಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುತ್ತೇವೆ'' ಎಂದು ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಹೇಳಲಾರಂಭಿಸಿದರು.

ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರ ಹೇಳಿಕೆ ನೋಲೆನ್‌ರಲ್ಲಿ ದಿಗ್ಭ್ರಮೆಯುಂಟುಮಾಡಿರಬೇಕು; ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಆಘಾತವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿತೆಂದರೂ ಸರಿ. ಅವರ ಮುಖದಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯ, ಆತಂಕದ ಭಾವನೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಬ್ರೂಕ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಆ ದಿನ ಬಂದದ್ದು ಅವರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ಮಾತ್ರ; ತುರ್ತಾಗಿ ಮೇಜರ್ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗುವುದಕ್ಕೆ ತಯಾರಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಬಂದವರಲ್ಲ; ಅಲ್ಲದೆ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡಿಸುವುದಾದರೆ ಅದು ಯಾವ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಮತ್ತು ಯಾವ ಹೃದಯ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಅವರಿನ್ನೂ ಯೋಚಿಸಿಯೇ ಇರಲಿಲ್ಲ.

ಅವರೀಗ ಏನೆಂದು ಉತ್ತರಿಸಬೇಕೆಂಬುದೇ ಒಂದು ಕ್ಷಣ ಹೊಳೆಯಲಿಲ್ಲವಂತೆ. ಆದರೂ ಸಾವರಿಸಿಕೊಂಡು ತಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೇಳಿದರು. ''ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್ ನನ್ನ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ., ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಟೇಪುಗಳು ಒಂದು ವಾರದಿಂದಲೂ ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಇದ್ದವು; ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ತಿಳಿಸಬೇಕೆಂದು ಫೋನ್ ಮಾಡಿ ಕೇಳಿದ್ದೆ. ಡಾ॥ ಪೆಟರ್‌ಸನ್ ಸಹಾ ಆ ಬಗೆಗೆ ನಿಮಗೆ ನೆನಪು ಮಾಡಿದ್ದರಂತೆ. ನೀವು ಈಗ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ನನಗೆ ತಿಳಿಸಬಹುದಿತ್ತಲ್ಲವೆ ? ನಾನೂ ಸಹ ನಿಮ್ಮಂತೆಯೇ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ವಾಗಿರುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಸರ್ಜನ್. ನನ್ನನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯೂ ಇರುತ್ತದಲ್ಲವೆ ? ಅವುಗಳೆಲ್ಲದರ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಯಾವುದೇ ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳದೆ ತುರ್ತಾಗಿ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗಲು ಹೇಗೆ ಸಾಧ್ಯ'' ಎಂದು ಸ್ವಲ್ಪ ಬೇಸರದ ದನಿಯಲ್ಲೇ ಉತ್ತರಿಸಿದರು. ಆ ಬಗೆಗೆ ಅಂತಿಮ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ತಮ್ಮ ಕೆಲವು ಸ್ನೇಹಿತರು ಮತ್ತು ಹಿತೈಷಿಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಚರ್ಚಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂದೂ ಸಹ ಹೇಳಿದರು. ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರಿಗೂ ಅವರ ಅಚಾತುರ್ಯದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಸಂದಿಗ್ಧತೆಯ ಅರಿವಾಗಿರಬೇಕು. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಅವರಿರುವ ವಾರ್ಡಿನಿಂದಲೇ ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರಿಗೆ ಟೆಲಿಫೋನ್ ಮಾಡಬಹುದೆಂತಲೂ, ಅದು ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ಅವರು ಹೊರಗಡೆ ಕಾದು ಕುಳಿತಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಹೇಳಿ ಹೊರನಡೆದರು.

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಕೂಡಲೇ ಅವರ ಕೆಲವು ನಿಕಟವರ್ತಿಗಳೂ ಆಪ್ತ ಸ್ನೇಹಿತರೂ ಆದ ಸರ್ಜನರಿಗೆ ಫೋನ್ ಮಾಡಿ ಮಾತಾಡಿದರು. ಅವರ ಮೆಡಿಕಲ್ ತರಬೇತಿಯ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ನಿಕಟವರ್ತಿಗಳೂ, ನಂಬಿಕೆಯ ಸ್ನೇಹಿತರೂ ಆಗಿದ್ದ ಸರ್ಜನ್ ಡಾ॥ ಛಪ್ಪೀ ಥಾಯರ್‌ರನ್ನು ಮೊದಲು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಆ ಬಗೆಗೆ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯ ಮಾಡಿಕೊಂಡರು. ಗುರುತರ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯೊಂದನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು ಅದರಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪೂರ್ವ ಭಾವಿಯಾಗಿ ಗ್ರಹಿಸಲಾಗದ ತಜ್ಞರೆನಿಸಿಕೊಂಡವರಿಂದ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ; ಅಂತಹವರನ್ನ ಅಪಾಯಕಾರಿಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಆದ್ದರಿಂದ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಅಲ್ಲಿಂದ ಕೂಡಲೇ ಹೊರಬರಬೇಕೆಂದು ಡಾ॥ ಥಾಯರ್ ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿದರು. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಆ ಬಗೆಗೆ ಮೀನ ಮೇಷ ಮಾಡುತ್ತಾ ಕುಳಿತರೆ, ತಾವೇ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದು ಅವರನ್ನು ಹೊರಡಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುವ ಬೆದರಿಕೆ ಹಾಕಿದರು ! ಸಂಭಾಷಣೆ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್ ಅವರನ್ನು ವಾರ್ಡಿಗೆ ಬರಮಾಡಿಕೊಂಡರು. ಅವರು ಜರುಗಿಸಲು ನಿಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವಂಥ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ತಕ್ಷಣ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತಿಲ್ಲ; ಆ ಬಗೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಅವರಿಗೆ ತಿಳಿಸುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದರು ಹಾಗೂ ಡಾ॥ ಸ್ಮಿತ್‌ರ ಕೈ ಕುಲುಕಿ ಅಲ್ಲಿಂದ ಹೊರಬಂದರು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ವೈದ್ಯರ ಆಯ್ಕೆ

ಹೃದಯವೇ ಏಕೆ, ಯಾವುದೇ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ನಾಡಿನ ಬಹುಪಾಲು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಶ್ನೆಯೇ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಹತ್ತಿರದಲ್ಲಿರುವ ಸರ್ಕಾರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ಅಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯರಿಂದಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವ ಅನಿವಾರ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ

ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಹೈಟೆಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು, ವಿಶೇಷ ಪರಿಣತಿ ಪಡೆದ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿರುವರಾದರೂ ಅವರ ಸೇವೆಯನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಅವಕಾಶವಿರುವವರು ತುಂಬಾ ಕಡಿಮೆ ಸಂಖ್ಯೆಯವರು. ಅಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಅಥವಾ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಯೋಗ್ಯತೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಿಖರವಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ; ಇದ್ದರೂ ಬಹುಪಾಲು ಉತ್ಪ್ರೇಕ್ಷೆ ಇಲ್ಲವೆ ಪೂರ್ವಾಗ್ರಹೀತ ಪಕ್ಷಪಾತಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರಬಹುದು.

ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಸನ್ನಿವೇಶವೇ ವಿಭಿನ್ನ ತರಹದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಲಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಹಾಗೂ ತಜ್ಞವೈದ್ಯ ತಂಡದವರ ಬಗೆಗೆ ಬಹುಪಾಲು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಪ್ರಚಲಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆಯಂತೆ. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ಗೊಂದಲದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಮರುಚಿಂತನೆ ನಡೆಯಿತು. ಸ್ವತಃ ವೈದ್ಯರಾದವರೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಬಗೆಗಿನ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯರ ವಿಚಕ್ಷಣೆಗೆ ಬಿಡುವುದು ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದವರ ಸಂಪ್ರದಾಯ. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಆ ಸಂಪ್ರದಾಯವನ್ನು ಅಕ್ಷರಶಃ ಪಾಲಿಸಿದರು.

ಆ ಬಗೆಗಿನ ಎಲ್ಲಾ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ಅವರ ಸ್ನೇಹಿತರಾದ (ಬ್ರೂಕ್ಸ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಗೊಂದಲಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಿದ) ಡಾ॥ ಥಪ್ಪೀ ಥಾಯರ್‌ಗೇ ವಹಿಸಿಬಿಟ್ಟರು. ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಜರುಗಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮತ್ತು ಮುಂದೆ ಜರುಗಬೇಕಾಗಲಿರುವ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಆ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಿದರು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಬೋಸ್ಟನ್ ನಗರದ ಮೆಸ್ಸಾಚೂಸೆಟ್ಸ್ ಜನರಲ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ (ಎಂ.ಜಿ.ಎಚ್.)ಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಜರುಗಬಹುದೆಂಬುದು ಡಾ॥ ಥಾಯರ್ ಅವರ ನಿರ್ಧಾರವಾಯಿತು. ಅಮೆರಿಕಾ ಖಂಡದಲ್ಲೇ ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯ ಹಾಗೂ ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅದು. ತೀರಾ ಬಡವರಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಸಿರಿವಂತ ವರ್ಗದವರಿಗೂ ನಿಲುಕುವಂಥ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅದರಲ್ಲಿದ್ದವು. ಹಾರ್‌ವರ್ಡ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸ್ಕೂಲ್‌ನ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ಬೋಧನಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೂ ಆಗಿತ್ತು. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಪ್ರಮುಖ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಜರುಗಿದ ತಾಣವೂ ಎಂ.ಜಿ.ಎಚ್. ಕರುಣಾಮಯಿ ಹಾಗೂ ದಕ್ಷ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತಿತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದ ಸಮೂಹವೇ ಅಲ್ಲಿತ್ತು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ತರಬೇತಿ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದು ಅಲ್ಲಿಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಪರಿಚಯ ಅವರಿಗಿತ್ತು.

ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಲು ಡಾ॥ ಚಿಪ್‌ಗೋಲ್ಡ್ (CHIP GOLD) ಎಂಬ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞರನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಿದರು. ಅವರಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸಲು ಡಾ॥ ಎಲ್‌ಡ್ರೆತ್ ಮುಂಡತ್ (ELDRETH MUNDTH)ರನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಯಿತು. ಅದೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞ ಡಾ॥ ರೋಮನ್ ಡೆಸಾಂಕ್ಟಿಸ್‌ರಿಗೆ (ROMAN DESANCTIS) ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರ ಸಮಗ್ರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯನ್ನು ವಹಿಸಲಾಯಿತು.

ಡಾ॥ ನೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ ಎಂ.ಜಿ.ಎಚ್.ನಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ಚಿಪ್‌ಗೋಲ್ಡ್ ಜುಲೈ ಮೊದಲ ವಾರದಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಜರುಗಿಸಿದರು (ವಿವರಗಳಿಗೆ ಪುಟ 70 ನೋಡಿ). ಅವರ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯಲ್ಲಿ ಎಡಗಡೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ. 90-95ರಷ್ಟು

ಮತ್ತು ಆಂಟೀರಿಯರ್ ಡಿಸೆಂಡಿಂಗ್ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ. 80ರಷ್ಟು ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವುದು ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿತ್ತು (ಚಿತ್ರ 6). ಇನ್ನುಳಿದವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೇನೂ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿರಲಿಲ್ಲ. ಪ್ರಮುಖವಾದ ಎರಡು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಅಡಚಣೆಗಳಿದ್ದುದರಿಂದ ಡಾ|| ಮುಂಡತ್ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯನ್ನು ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಿದರು.

ಡಾ|| ವಿಲಿಯಮ್ ಸೋಲೆನ್‌ರಿಗೆ 1975ರ ಜುಲೈ 11ರಂದು ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿತು. ಮೊದಲೇ ನಿಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ತಜ್ಞರ ತಂಡದವರೇ ಅದನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದರು. ಆಪರೇಷನ್‌ನ ವಿವರಗಳು ಮುಂದೆ ದಾಖಲಾಗುವುದರಿಂದ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅವು ಅಪ್ರಸ್ತುತ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಯಾವುದೇ ಸದ್ದು ಗದ್ದಲಗಳಿಲ್ಲದೆ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದೆಂಬುದರ ಒಂದು ಮಾದರಿ ಅನುಭವದ ಉದಾಹರಣೆ ಡಾ|| ಸೋಲೆನ್ನರ ಪ್ರಕರಣ. ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ವೈದ್ಯರನ್ನೂ ಸಹ ಹೇಗೆ ಪೇಚಿಗೆ ಈಡುಮಾಡುತ್ತೆಂಬುದನ್ನು ತೋರಿಸುವುದು ಈ ಕಥಾನಕದ ಉದ್ದೇಶ. ನಾನೂ ಸಹ ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಈಡಾಗಿದ್ದು, ಅವರ ಅನುಭವಕ್ಕೂ ಪೂರಕವಾದಂತಿರುವುದು ಗಮನಾರ್ಹ ವಿಷಯ.

6. ಅನಿಶ್ಚಿತತೆಯ ಸುಳಿಯಲ್ಲಿ

ನವೆಂಬರ್ (1997) ಎರಡನೇ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. (ಸ್ಟ್ರೆಸ್ ಇ.ಸಿ.ಜಿ.) ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತರ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ನೆಲೆಯೂರಿ, ಅದು ಮುಂದುವರಿದ ಪರಿಣಾಮಗಳೂ ಖಚಿತವಾದಂತಾದವು. ಮುಂದೆ ಅದರ ಆಳ, ವಿಸ್ತಾರಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಲು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂದು ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರು ತುಂಬಾ ಗಂಭೀರವಾಗಿಯೇ ಸೂಚನೆ ಕೊಟ್ಟಿದ್ದರು. ಆ ಬಗೆಗೆ ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಿದ ನಂತರ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಬಹುದೆಂದು ಅಲ್ಲಿಗೆ ವಾಪಸು ಹೋದೆ.

ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರು ಸೂಚಿಸಿದ್ದ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸುಧಾರಿಸಿದಂತೆ ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಪ್ರತಿದಿನ ಹತ್ತಿರದ ತೋಟಕ್ಕೆ ಹೋಗಿಬರುತ್ತಿದ್ದೆ; ಸಾಯಂಕಾಲ ಮನೆಯ ಅಂಗಳದಲ್ಲಿ ತಿರುಗಾಡುವುದನ್ನು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಸಿದೆ. ಆದರೆ ನನ್ನ ಈ ತಿರುಗಾಟಗಳಿಗಾಗಿ ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಜಾಗ, ನಡೆಯುವ ವೇಗ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ರೀತಿಯ ಡಿಸ್‌ಕಂಫರ್ಟ್ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಅಹಿತಕರ ಅನುಭವಗಳು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಬಹುಶಃ ನಾನಾಗ ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮಾತ್ರೆ-ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿರಬೇಕು. ಅವುಗಳಿಂದ ನನ್ನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಆತ್ಮಸಂತೃಪ್ತಿಯ ಭಾವನೆ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರ ಪರಿಣಾಮವೋ ಏನೋ, ನಾನೀಗ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ತೊಂದರೆಯ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಯೋಚನೆ ಮಾಡುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟಿದ್ದೆ.

ಈ ನಡುವೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಹೋಗಿಬರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಿರುತ್ತಿದ್ದವು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರನ್ನು ನೋಡುತ್ತಿದ್ದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಘಟಕಗಳು, ಸಕ್ಕರೆ ಮಟ್ಟ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ. ಅವುಗಳೆಲ್ಲಾ ಬಹುಪಾಲು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಮಟ್ಟಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಕೆಳಗಿನ 'ಪ್ರಮಿತಿ' (Parameter)ಗಳಲ್ಲೇ ಇರುತ್ತಿದ್ದವು. ಹಾಗಿದ್ದರೂ ಸಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ ಎಂಬ ಪೊಳ್ಳು ಭರವಸೆಗೊಳಗಾಗದೆ, ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೇಬೇಕೆಂದು ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಆಗ್ರಹಪಡಿಸುತ್ತಲೇ ಇದ್ದರು; ಅದನ್ನು ಮುಂದು ಹಾಕುವುದರಿಂದ ನಾನು ಎಂದಾದರೊಂದು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಅಪಾಯಕ್ಕೊಳಗಾಗಬಹುದೆಂಬ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಮಾತುಗಳನ್ನೂ ಸೇರಿಸದೇ ಇರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ.

ನಿಜ, ಅಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಅಪಾಯದ ಎಚ್ಚರಿಕೆಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೇಳಿಬರುತ್ತಿದ್ದರೂ, ನನ್ನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಆತ್ಮವಿಶ್ವಾಸ ಬಹುಶಃ ನನಗರಿವಿಲ್ಲದೆಯೇ ಮೂಡಿಬರುತ್ತಿತ್ತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಒಳ್ಳೆಯ ಪಥ್ಯಾಹಾರ, ತಿರುಗಾಟದಂಥ ವ್ಯಾಯಾಮ ಹಾಗೂ ತಜ್ಞರು ಸೂಚಿಸಿದ್ದ ಮದ್ದುಗಳ ಕ್ರಮವರಿತ ಸೇವನೆಯಿಂದ ನನ್ನಲ್ಲಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಬಹುದು; ಅದರಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮುಂದೆ ಸಲಹೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆವಶ್ಯಕತೆಯೇ ಉಂಟಾಗಲಾರದೆಂಬ ಭಾವನೆಗಳೂ ನನ್ನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮೇಲುಗೈ ಪಡೆಯಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಹೀಗಾಗಿ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋಗುವ ನನ್ನ ಯೋಜನೆಗಳು ಮುಂದೆ ಮುಂದೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟವು !

ಮುಂದೆ ನಾನು ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋದದ್ದು ಆರು ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರವೇ, ಅದೂ ಬೇರೆ ಇನ್ನಾವುದೋ ಕಾರ್ಯನಿಮಿತ್ತವಾಗಿ ! ಅಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಅಳಿಯಂದಿರಾದ ಡಾ॥ ಡಿ. ಭೋಜರಾಜ್ ಮತ್ತು ಅವರ ಅಣ್ಣ ಪ್ರೊ॥ ಪುಟ್ಟರಾಜ್ (ಬೆಂಗಳೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದಲ್ಲಿ ಭೌತಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು)ರೊಡನೆ ಕ್ಷೇಮ ಸಮಾಚಾರಗಳ ವಿಷಯ ಮಾತಾಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ, ನನ್ನಲ್ಲಿ ಆ ತನಕ ಉಂಟಾಗಿದ್ದ ಹೃದಯದ ತೊಂದರೆಯ ಬಗೆಗೆ ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಿದೆ. ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳ ಹಿಂದೆ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ಉಂಟಾಗಿದ್ದ ಡಿಸ್‌ಕಂಫರ್ಟ್ ನಂತರ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಮಾಡಿಸಿದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನೂ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದೆ. ಆದರೂ ಆ ಬಗೆಗೆ ನಾನು ವಿಚಲಿತನಾಗದಿರುವುದು ಅವರಲ್ಲಿ ಅಚ್ಚರಿಯುಂಟುಮಾಡಿರಬೇಕು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ಗಂಭೀರವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದನ್ನು ಅವರೊಡನೆ ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡದಿರುವ ಉದಾಸೀನತೆಗೆ ನನ್ನನ್ನು ತರಾಟೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡರು. ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಹೃದಯ ರೋಗ ತಜ್ಞರೊಡನೆ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವಂತೆ ಕಂಡುಬಂದರೆ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ ನಂತರವೇ ನನ್ನನ್ನು ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸುವುದೆಂದು ಪಟ್ಟುಹಿಡಿದರು.

ಡಾ॥ ಭೋಜರಾಜ್ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ಜನಾನುರಾಗಿ ಶಿಶುರೋಗ ತಜ್ಞರು. ಖಾಸಗಿ ಕ್ಲಿನಿಕ್ ನಡೆಸುವುದಲ್ಲದೆ ಹಲವು ನರ್ಸಿಂಗ್‌ಹೋಮ್‌ಗಳಲ್ಲೂ ಸಲಹಾ ವೈದ್ಯರಾಗಿ, ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವವರು. ಅವರಿಗೆ ನಿಕಟ ಪರಿಚಯವಿದ್ದು ದಕ್ಷ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞರೆಂದು ಹೆಸರಾದ ಡಾ॥ ಬಿ. ರಮೇಶ್ ಎಂಬುವರ ಹತ್ತಿರ ನನ್ನ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರು.

ಏಪ್ರಿಲ್ (1998)ರ ಮೂರನೇ ವಾರದಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ಬಿ. ರಮೇಶ್ ಅವರನ್ನು ನಾವು ನೋಡಿದೆವು. ನನ್ನ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು, ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸಿದರು. ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಆದಾಗಲೇ ಜರುಗಿಸಿದ್ದ ಇ.ಸಿ.ಜಿ, ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ ಮತ್ತಿತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ದೃಢಪಡಿಸಲು ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಪರೀಕ್ಷೆ - ಎಕೋ ಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರು. ಹಾಗೂ ಆ ದಿನವೇ ಅದನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದರು.

ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಫ್ ಇತ್ತೀಚಿನ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಒಳಾಳದ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಶ್ರವಣಾತೀತ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿ, ಅವು ವಿವಿಧ ಅವಯವಗಳನ್ನು ತಲುಪಿದ ನಂತರ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರತಿಫಲನವನ್ನು ಚಿತ್ರಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಪ್ರತಿಫಲನದ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ತತ್ವದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಉಪಕರಣ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಹೃದಯದೊಳಗಡೆ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಉಪಕರಣ – ಎಕೋ ಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಫ್– ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ಹೃದಯದ ವಿವಿಧ ಗೂಡು (ಕೋಣೆ) ಗಳು, ಅದರ ಭಿತ್ತಿ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಿಗೆ ಶ್ರವಣಾತೀತ ತರಂಗಗಳು ತಾಗಿ ಪ್ರತಿಫಲನಗೊಂಡ ಚಿತ್ರ ದೊರೆತಾಗ ಹಲವು ತೆರನ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಚಿತ್ರಿತವಾಗುತ್ತವೆ. ಹೃದಯದ ಗಾತ್ರ, ಅದರ

ಸ್ನಾಯುಗಳ ಸ್ಥಿತಿ-ಗತಿಗಳು, ಕವಾಟಗಳು, ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ರೀತಿ, ಭಿತ್ತಿಗಳಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ರಂಧ್ರಗಳು, ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಸ್ಥಿತಿ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಅದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹಿಂದೊಮ್ಮೆ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಅದರ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಸಾಮರ್ಥ್ಯದಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಏರುಪೇರು ಹಾಗೂ ನಿಷ್ಕ್ರಿಯವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ಕ್ರಮವನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದರೆ ಅವೆಷ್ಟು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ – ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗೂ ಉಪಯುಕ್ತಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ನನ್ನ ಎದೆಗೂಡಿನ ವಿವಿಧ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಪೇಸ್ಟನ್ನು (paste) ಅಂಟಿಸಿ, ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಫ್‌ನ ಪ್ರೋಬ್ (probe)ಅನ್ನು ಆ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಹರಿದಾಡಿಸಿದರು. ಅದರಿಂದ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿದ್ದ 'ಟಿ.ವಿ. ಪರದೆ'ಯಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬಂದ ಬಣ್ಣಬಣ್ಣದ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿದರು. (ಇಂತಹ ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು 'ಟಿ.ವಿ. ಎಕ್ಸರೇ' ಎಂದು ಕರೆಯಲಾರಂಭಿಸಿರುವುದು ಅದೆಷ್ಟು ಸೂಕ್ತ!). ಅವರ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಕವಾಟಗಳು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದವು; ಹೃದಯ ಗೂಡುಗಳಲ್ಲಿ ಸಹ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಉಂಟಾಗಿರಲಿಲ್ಲ; ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯು ಸಂಕುಚನಗೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಶೇ. 60ರಷ್ಟು (Left Ventricular Ejection Fraction) ಚೆನ್ನಾಗಿತ್ತು ; ಆದರೆ ಅದು ವಿಕಸನಗೊಳ್ಳುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಶ್ಶಕ್ತಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದವು; ಹೃದಯದ ಸುತ್ತಪರೆಯೊಳಗಡೆ ದ್ರವದ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಲೀ, ರಕ್ತನಾಳಗಳೊಳಗಡೆ ಮುದ್ದೆಗಳಿರುವ ಬಗೆಗಾಗಲೀ ಪುರಾವೆಗಳು ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ. ಅಂದರೆ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಗಳು ಒಳ್ಳೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆ ಎಂದು ಹೇಳಬಹುದು ಎಂಬುದು, ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿತ್ತು. ಬಹುಶಃ ಎಕೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ವೀಕ್ಷಣೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವರು ನಾನು ತಕ್ಷಣ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಿಸಲೇಬೇಕೆಂದು ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಲಿಲ್ಲವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಶಿವಮೊಗ್ಗದ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ ಅವರು ಮೊದಲೇ ಸೂಚಿಸಿದ್ದ ಮದ್ದುಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಸೂಚನೆ ಇತ್ತರು. ಅಲ್ಲದೆ ಮುಂದಿನ ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಬಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಿ ಬೀಳ್ಕೊಟ್ಟರು.

ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಮುಂದಿನ ಎರಡು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರ ಆಶಯದಂತೆ ಆಗಸ್ಟ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋದೆ. ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ಅವರು ಈ ಸಾರಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿದರು.

ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ

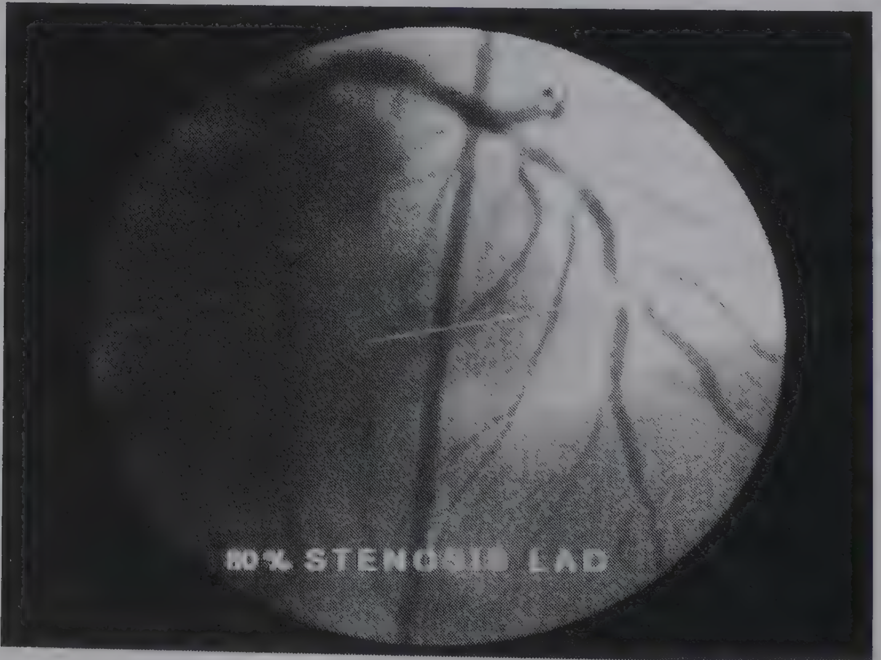
ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ವಿಧಾನದ ಆವಿಷ್ಕಾರ ಮತ್ತು ಅದೀಗ ತಲುಪಿದ ಹಂತದ ಬಗೆಗೆ ಮುಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯ ಒಂದರಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ (ನೋಡಿ ಪುಟ 83) ಆ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಉತ್ತಮ ಸೌಕರ್ಯವಿದ್ದ ಇನ್ನೊಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಿದರು. ಅಂದು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಲಘು ಉಪಾಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ನನ್ನನ್ನು ವಾರ್ಡ್‌ಗೆ ಸೇರಿಸಿದರು. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ಬಳಸುವ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಕೂದಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಯಿತು. ಸುಮಾರು 10

ಗಂಟೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಜರುಗಿಸುವ 'ಕ್ಯಾಥ್ ಲ್ಯಾಬ್'ಗೆ ಕರೆದೊಯ್ದರು. ಅದೊಂದು ಹಲವು ಬಗೆಯ ಎಕ್ಸರೇ ಯಂತ್ರಗಳು, ಇ.ಸಿ.ಜಿ., ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರ್ ಗಳಂಥ ಯಂತ್ರಗಳಿಂದ ಸಜ್ಜಾದ ವಿಶಾಲವಾದ ಹಾಲ್. ಒಂದೇ ಸಾರಿ ಹಲವು ಜನರಿಗೆ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಲು ಸಜ್ಜಾದ ತಾಣ ಅದಾಗಿರುವಂತೆ ಕಂಡಿತು. ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಎಕ್ಸರೇ ಸ್ಕ್ರೀನ್‌ನಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬರುತ್ತಿರುವ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಕತ್ತಲ ಪರಿಸರ ಅಲ್ಲಿ ಏರ್ಪಾಡಾಗಿತ್ತು. ನನ್ನನ್ನು ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಟೇಬಲ್ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದರು. ಮೇಲೆ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಅದರ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿದ್ದರು. ಪರೀಕ್ಷಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎಡೆಬಿಡದೇ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಚಿತ್ರಣ ಮೂಡಿ ಬರಬೇಕಾದುದರಿಂದ ನನ್ನ ಎದೆಗೆ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಯಂತ್ರದ ಲೀಡ್‌ಗಳನ್ನು ಅಂಟಿಸಿದರು. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ನೋಟದ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಕೋನಗಳಲ್ಲಿ ವೀಕ್ಷಿಸಬೇಕಾದುದರಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ಮಲಗಿಸಿದ ಟೇಬಲ್ ವಿವಿಧ ಕಡೆ ಸ್ವಯಂಚಾಲನೆಯಾಗುವಂತೆಯೂ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿತ್ತು; ಮತ್ತು ಅದರ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದ ನಂತರ ನನ್ನ ದೇಹವನ್ನು ಹಲವು ಕಡೆ ರಬ್ಬರ್ ಬೆಲ್ಟುಗಳಿಂದ ಟೇಬಲ್‌ಗೆ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿದ್ದರು.

ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಕೈಗಳನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ಗವಸುಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿ ನನ್ನ ಬಳಿಗೆ ಬಂದರು. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗಾಗಿ ಮೊದಲೇ ತಯಾರು ಮಾಡಿದ್ದ ಬಲತೊಡೆಯ ಮೇಲು ಭಾಗವನ್ನು ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ದ್ರಾವಣದಿಂದ ಶುಚಿ ಮಾಡಿದರು. ಮುಂದೆ ನನಗೆ ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತಾ ಬಲತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ಬಳಸುವ ಫೆಮೊರಲ್ ಧಮನಿಯು ಬಡಿಯುತ್ತಿರುವ ತಾಣವನ್ನು ತಮ್ಮ ಕೈ ಬೆರಳುಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಿದರು. ಮುಂದೆ ಅಲ್ಲಿ ಕೆಥೀಟರ್‌ನ್ನು ತೂರಿಸುವಾಗ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ನೋವಿನ ಅರಿವಾಗದಿರಲು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಚುಚ್ಚಿದರು. ಅನಂತರ ಅದೇ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಥೀಟರ್ ತೂರಿಸಲು ಆವಶ್ಯಕವಾದ ಸ್ವಲ್ಪ ದಪ್ಪನೆಯ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಸೂಜಿಯನ್ನು ತುಸು ಆಳವಾಗಿಯೇ ಚುಚ್ಚಿದರು. ಅದರ ರಂಧ್ರದ ಮೂಲಕ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಗೆ ಬಳಸುವ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಚಿಕ್ಕ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಕೆಥೀಟರ್‌ನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ತೂರಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಅದು ಫೆಮೊರಲ್ ಧಮನಿಯ ಮೂಲಕ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸಿ, ಮುಂದೆ ಅಯೋರ್ಟಾ ಮಹಾಧಮನಿಯ ಮೂಲಕ ಮೇಲೆ ಮೇಲೆ ಏರುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ಪಕ್ಕದಲ್ಲೇ ಇದ್ದ ಎಕ್ಸರೇ ಸ್ಕ್ರೀನ್‌ನಲ್ಲಿ ನಾನೂ ವೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಕೆಥೀಟರ್ ಅಯೋರ್ಟಾದ ಕಮಾನಿನಿಂದ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ 'ಬಾಯಿ'ಯವರೆಗೂ ಸಂಚರಿಸಿತು. ನಂತರ ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಎಡ ಮತ್ತು ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳೊಳಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ಕೆಥೀಟರನ್ನು ತೂರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದರು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವೃಕ್ಷ ಜಾಲವು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕಾಣಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಕೆಥೀಟರ್‌ನ ಹೊರಗಡೆ ತುದಿಯ ಬಾಯಿಯಿಂದ ಎಕ್ಸರೇಗೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಡೈಯನ್ನು (Radio-Opaque Dye) ಇಂಜಕ್ಟ್ ಮಾಡಿದರು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳೊಳಗಡೆ ಡೈ ಚಲಿಸಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಅವುಗಳ ವಿನ್ಯಾಸದ ವಿವರಗಳು ಎಕ್ಸರೇ ಪರದೆಯಲ್ಲಿ ಮೂಡಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಅದೇ ಮೊದಲ ಸಾರಿಗೆ ಅಂತಹ ದೃಶ್ಯವನ್ನು ಕಣ್ಣಾರೆ ನೋಡುವ ಅವಕಾಶ ಸ್ವತಃ ವೈದ್ಯನಾದ ನನಗೆ ಲಭಿಸಿದಾಗ ರೋಮಾಂಚನ ಹುಟ್ಟಿಸಿತ್ತಾದರೂ, ಸ್ವಲ್ಪ ಗಾಬರಿಯೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು. ತನ್ನದೇ ಹೃದಯದ ಆಕಾರ, ಗಾತ್ರ, ಅದು ಕಣ್ಣೆದುರೇ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುವ ರೀತಿಗಳೆಲ್ಲಾ ಯಾರಲ್ಲಾದರೂ ಭಯ,

ಭೀತಿ ಹುಟ್ಟಿಸಬಹುದೆಂದು ಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ. ಎರಡೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಡೈ ಸಂಚರಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಾಗಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಬಗೆಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ಮಾಡುತ್ತಾ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಮತ್ತವರ ಸಂಗಡಿಗರು ನನಗೂ ಅವುಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುತ್ತಲೂ ಇದ್ದರು. ಆದರೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ಅನುಭವವಿರದ ನಾನು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಗ್ರಹಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ದೃಶ್ಯ ಚಲಿಸುವ ಸಿನೆಮಾ ಫಿಲಂನಂತೆ ಕೆಲ ಸಮಯ ಚಿತ್ರೀಕರಣವಾಗುತ್ತಲೇ ಇತ್ತು. ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವಿವಿಧ ಮಜಲುಗಳು ಮುಗಿದ ನಂತರ ನನಗೆ ಒಂದೆರಡು ಸಾರಿ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಕೆಮ್ಮಲು ಹೇಳಿದರು. ಹೃದಯ ಮತ್ತದರ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲೇ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಡೈ ಅಲ್ಲಿಂದ ರಕ್ತದ ಶರೀರ ಪರಿಚಲನಾ ಮಂಡಲಕ್ಕೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಲು ಹಾಗೆ ಕೆಮ್ಮುವುದು ಆವಶ್ಯಕವಂತೆ. ಡೈ, ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಮೈ ಬಿಸಿಯಾಗತೊಡಗಿತು; ಆದರೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಸೊಂಟದ ವಲಯ (ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಗಳಿರುವಲ್ಲಿ)ಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಒಂದು ಕ್ಷಣ ಅಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಬಿಸಿ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದೆ. ಹೀಗಾಗುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ನೀಡಿದ್ದರು. ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಕೆಥೀಟರನ್ನು ಅದನ್ನು ತೂರಿಸಲು ಬಳಸಿದ್ದ ಸೂಜಿಯ ಸಮೇತ ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆದರು. ಮತ್ತು ಅದರಿಂದ ತೊಡೆಯ ಮೇಲು ಭಾಗದಲ್ಲುಂಟಾಗಿದ್ದ ತೂತನ್ನು ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ದಪ್ಪ ಬಟ್ಟೆಯ ಪಟ್ಟಿಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಿ ಬಿಗಿಯಾದ ಬ್ಯಾಂಡೇಜು ಹಾಕಿದರು.

ಆ ದಿನವೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಗಮನವಿಟ್ಟು ಉಪಚರಿಸುವ ವಾರ್ಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿದರು. ಹೃದಯದಲ್ಲೇನಾದರೂ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ್ದರು. ಸಾಯಂಕಾಲದವರೆಗೂ ಬಲಗಾಲನ್ನು ಅತ್ತಿತ್ತ ಅಲ್ಲಾಡಿಸದಿರುವಂತೆ, ಸ್ಥಿರವಾಗಿ ಮಲಗಿಕೊಂಡಿರುವ ಏರ್ಪಾಡೂ ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಫೆಮೊರಲ್ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಾಗಿ ಹರಿಯುವ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹ ತೂತಿನಿಂದ ಹೊರಗಡೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿಯೂ ಹೊರಗಡೆ ಚಿಮ್ಮದೆ ಇರಲು ಅಂತಹ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯ ಕ್ರಮ ಅದಾಗಿತ್ತು. ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಆ ದಿನ ಸಾಯಂಕಾಲವೇ ಮತ್ತೆ ನನ್ನನ್ನು



(ಚಿತ್ರ 12) ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಾಮ್

ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಅಂದೇ ವಾರ್ಡಿನಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದರು.

ಮುಂದೆ ಡಾ॥ ಭೋಜರಾಜರ ಮನೆಯಲ್ಲೇ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುತ್ತಿದ್ದೆ. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಬಲ ತೊಡೆಯ ಮೇಲು ಭಾಗದ ಚರ್ಮ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿತು. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡೆಯ ಮೇಲುಭಾಗದಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಮಂಡಿ ಕೀಲಿನವರೆಗೂ ಚರ್ಮ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿತು. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನನಗೆ ಆಗಾಗ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದುದರಿಂದ ಆ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಾಬರಿಯೇನೂ ಆಗಲಿಲ್ಲ. ನನ್ನ ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ ವಲಯದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಒತ್ತಡ ಉದಾಹರಣೆಗೆ : ಬಂಡು ಹೊಡೆತ ಬಿದ್ದಾಗ, ಚಿವುಟಿದಾಗ, ಬಿದ್ದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಹಸಿರುಗಟ್ಟಿದಂತಾಗುವುದು ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಚರ್ಮದಡಿಯ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೇಲೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಒತ್ತಡ ಬಿದ್ದಾಗ, ಸ್ವಲ್ಪ ರಕ್ತ ಹೊರಬರುವುದರಿಂದ ಹಾಗಾಗುತ್ತಿತ್ತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೆಲ್ಲಾ ಮುಂದಿನ ಒಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಯವಾಗಿ, ಆ ವಲಯ ನಿಚ್ಚಳವಾಯಿತು.

ಮುಂದಿನ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರನ್ನು ಭೇಟಿಯಾದಾಗ, ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ವರದಿಯನ್ನು ನೀಡಿದರು. ಅದರ ಫಲಿತಾಂಶ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಹೀಗಿತ್ತು :

''ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಎಡಗಡೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಶಾಖೆ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಎಡಗಡೆಯ ಮುಂಭಾಗದಿಂದ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ಟಿಸಿಲಿನ (ಎಲ್.ಡಿ.ಎ.) ಮಧ್ಯೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಉದ್ದ ಶೇ. 70-80ರಷ್ಟು ಅಡಚಣೆ ಇರುವಂತಿದೆ; ಅಲ್ಲಿಂದ ಮುಂದಿನ ಧಮನಿ 3 ಮಿ.ಮೀ. ಗಾತ್ರವಿದ್ದು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಳಸಲು ಸೂಕ್ತವಾಗಿರುವಂತಿದೆ.

''ಎಡಗಡೆಯಿಂದ ಸುತ್ತಿ ಬಳಸುವ ಟಿಸಿಲಿನ (ಎಡ ಸಿ.ಎಫ್.ಎ.) ಆರಂಭದ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ, ಅಪಾಯಕರವೆನ್ನಬಹುದಾದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಶೇ. 99ರಷ್ಟು ಅಡಚಣೆ ಇರುವಂತಿದೆ. ಹೃದಯದ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿ ಹರಿಯುವ ಒಂದನೆ ಮೊಂಡು ಧಮನಿ (Obtuse Marginal-ಓ.ಎಂ.)ಯ ಮುಂದಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶೇ. 90ರಷ್ಟು ಅಡಚಣೆ ಇರುವಂತಿದೆ. ಓ.ಎಂ.$_1$ ಮತ್ತು ಓ.ಎಂ.$_2$ ಟಿಸಿಲುಗಳು ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಬಳಸಲು ಸೂಕ್ತವಾಗಿವೆ.

''ಬಲಗಡೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಚಿತ್ರ ರೀತಿಯ ಉದ್ದದಲ್ಲಿ ಶೇ. 90ರಷ್ಟು ಅಡಚಣೆ ಇರುವಂತಿದೆ; ಮುಂದಿನ ಭಾಗ ಸಹಜವಾಗಿದ್ದು ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಬಳಸಲು ಸೂಕ್ತವಾಗಿದೆ.

''ಅಯೋರ್ಟಾ ಮತ್ತಿತರ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿವೆ. ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಖಚಿತವಾಗಿದೆ. ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯ ಕಾರ್ಯ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ.

ಸೂಚನೆ : ಎಲ್.ಡಿ.ಎ., ಓ.ಎಂ.$_1$ ಓ.ಎಂ$_2$, ಮತ್ತು ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದೆ.

ಈ ವರದಿಯನ್ನು ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರು ವಿಶದವಾಗಿ ನಮಗೆ ಮನದಟ್ಟು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟರು ಹಾಗೂ ನನ್ನ ಮೂರು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ಕೊರತೆಯಿರುವ ಸ್ನಾಯುವಲಯಗಳಿಗೆ ಬೇರೆ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ ಸುತ್ತಿಬಳಸಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಗ್ರಾಫ್ಟ್ (ಸಿ.ಎ.ಬಿ.ಜಿ.)ಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗಿರುವುದರ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಾಗಿಯೂ ಸೂಚಿಸಿದರು. ಈಗಿರುವ ಅಡಚಣೆಗಳ ತಾಣ ಮತ್ತು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಂದಾಗಿ 'ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ' ಜರುಗಿಸುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು.

ತೂಗುಯ್ಯಾಲೆ

ಸಾವಿರದೊಂಬೈನೂರ ತೊಂಬತ್ತೇಳರ ಅಕ್ಟೋಬರ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಹೃದ್ರೋಗವಿರಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿದ್ದವಷ್ಟೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಸುಮಾರು ಒಂದು ವರ್ಷದ ಸಮಯ ವಿವಿಧ ಬಗೆಯ ತಪಾಸಣೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ 1998ರ ಜೂನ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಮುಂದುವರಿದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ (ಕ್ಯಾಡ್) ಇರುವುದು ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಖಚಿತವಾಯಿತು. ಅಲ್ಲದೆ ಆದಷ್ಟು ಜರೂರಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೊಳಗಾಗಬೇಕೆಂದು ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ಒತ್ತಾಯಪೂರ್ವಕ ಸೂಚನೆ ಯನ್ನಿತ್ತಿದ್ದರು. ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಗೊತ್ತಾದಾಗ ಆಪರೇಷನ್ ಅಲ್ಲದೆ ಬೇರಾವ ಮಾರ್ಗಗಳೂ ಇಲ್ಲವೆಂಬುದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಸ್ಪಷ್ಟವಾದಂತಾಯಿತು. ಇನ್ನೂ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಇರುವಾಗಲೇ ಡಾ॥ ಭೋಜರಾಜ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೊ॥ ಪುಟ್ಟರಾಜ್ ಹಾಗೂ ಅವರ ಮನೆಯವರೆಲ್ಲಾ ಅದಾಗಲೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡೇ ಊರಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯ ಹೇರ ಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಆದರೆ ಅಂತಹ ಗುರುತರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹಠಾತ್ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ನಾನಿರಲಿಲ್ಲ. ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಿ ಮನೆಯವರ ಜೊತೆ ಚರ್ಚಿಸಿ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ಕೆಲವು ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲೂ ಬೇಕಾ ಗಿತ್ತು. ಹಾಗಾಗಿ ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಬೂಬುಗಳನ್ನು ಹೇಳಿ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾಕ್ಕೆ ಹಿಂತಿರುಗಿದೆ.

ಊರಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಿದ ಮೇಲೆ ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ನರೇಂದ್ರ, ಅವರನ್ನೂ ನೋಡಿದೆ. ಜರುಗಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ವರದಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದ ಅವರು ಇನ್ನು ತಡಮಾಡದೆ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಒಳಗಾಗಲೇಬೇಕೆಂದು ಆಗ್ರಹಪಡಿಸಿದರು. ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಸಂಬಂಧಿಕರೆಲ್ಲರೂ ಸಹ ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಮೀನ ಮೇಷ ಮಾಡದೆ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಸಜ್ಜಾಗಬೇಕೆಂದು ಒತ್ತಾಯಿಸಿದರು. ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಮೇಲೆ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳು ವಿಷಯ ತಿಳಿದು ಗಾಬರಿಯಾದರು. ನನಗೆ ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆಂದು ಅವರಾರೂ ಗ್ರಹಿಸಿರಲಿಲ್ಲ. ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ ಜಮೀನು ಖರೀದಿಸಿ, ಮಹದಾಸೆಯೊಂದನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸಿಕೊಂಡು ಇಳಿ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೂ ಹೊಸ ಮಾದರಿಯ ಜೀವನಕ್ಕಡಿ ಇರಿಸಿದ್ದೆವು. ಅವೆಲ್ಲಾ ಈಗ ನುಚ್ಚುನೂರಾಗುವ ಕಾಲ ಸನ್ನಿಹಿತವಾಗುವ ಚಿತ್ರಣ ಎಲ್ಲರ ಮುಂದೆ ಸುಳಿದುಹೋಗಿರಬೇಕು. ಆದರೂ ಹೊಸ ಸವಾಲನ್ನು ಎದುರಿಸದೇ ಗತ್ಯಂತರವಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಮತ್ತು ಮನೆಯವರೆಲ್ಲರೂ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೇ ಸೂಕ್ತವೆಂದು ನನ್ನ ಮನ ಒಲಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ದೂರದ ಅಮೇರಿಕದಲ್ಲಿದ್ದ ನನ್ನ ಮಗ ಮಂಜುನಾಥನಿಗೂ ವಿಷಯ ತಿಳಿದು ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗೆಗೆ ಒತ್ತಾಯ ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತಿದ್ದ. ಆದರೆ ನನ್ನ ಮನಸ್ಸು ಮಾತ್ರ ತೂಗುಯ್ಯಾಲೆಯಾಡಲಾರಂಭಿಸಿತ್ತು!

ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಾನೆಷ್ಟು ಆಸ್ಥೆ ವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ ಎಂಬುದರ ಸಾಕಷ್ಟು ಉಲ್ಲೇಖಗಳು ಹಿಂದಿನ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿವೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಎರಡು ಧಾರಾವಾಹಿ ಲೇಖನಗಳು, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರೂ ಭಾಗವಹಿಸುವ ಅವಕಾಶವಿರುವ ಪ್ರಾತ್ಯಕ್ಷಿಕೆಯ ರೂವಾರಿಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ್ದು ಮುಂತಾದವೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಆಸಕ್ತಿ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಈಗ ನಾನೇ ಆ ವ್ಯಾಧಿ ಪೀಡಿತನಾಗುವ ವಿಲಕ್ಷಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾದಾಗ ಹೇಗೆ ವರ್ತಿಸಬೇಕಾಯಿತೆಂಬುದನ್ನು ತಾರ್ಕಿಕವಾಗಿ ಸಮರ್ಥಿಸಿ

ಕೊಳ್ಳಲಾರೆನೆನಿಸುತ್ತದೆ. ವೃತ್ತಿನಿರತ ವೈದ್ಯನೇ ಆಗಿದ್ದರೂ ನನ್ನಲ್ಲೂ ಮಾನವ ಸಹಜ ನ್ಯೂನತೆಗಳಿರುವುದು ಸಹಜವಲ್ಲವೆ ? ಅದಲ್ಲದೆ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ರೋಗ ಅಥವಾ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಬಹುಜನರು ಸರಿಯೆನ್ನಬಹುದಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾದ ಇತರ ಮಾರ್ಗಗಳ ಪ್ರತಿಪಾದಕರೂ ಇರುತ್ತಾರಲ್ಲವೆ ? ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬಗೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ರಚಿಸಿ, ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ನಾನೇ ಒಳಗಾಗಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಎದುರಾದಾಗ ಮಾನವ ಸಹಜ ಹಿಂಜರಿಕೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ನನ್ನ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಮೇಲುಗೈ ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮಧ್ಯ ಮಾರ್ಗೀಯ (ಸಂರಕ್ಷಕ) ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳೂ ಇವೆ. ಸೇವಿಸುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸುವುದು ಮತ್ತು ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಲೂ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಬಹುದೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ನನ್ನಂತೆಯೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಸೂಚಿಸಲ್ಪಟ್ಟವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರಾದರೂ ಅಂತಹ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಸುಗಮ ಜೀವನ ನಡೆಸಿದ ಉದಾಹರಣೆಗಳೂ ಇದ್ದವು. ಇದೂ ಅಲ್ಲದೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸುವ ಕೆಲವು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳೂ ನನ್ನ ಮುಂದಿದ್ದವು. ಅಂತಹ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳೆಂದರೆ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲಾಗದ ಆಂಜೈನಾದ ನೋವು ಹಾಗೂ ಎಡಭಾಗದ ಹೃದಯ ಬಹಳಷ್ಟು ಊದಿ, ವಿಸ್ತರಿಸಿಕೊಂಡು ಸಹಜವಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಲಾಗದಷ್ಟು ದುರ್ಬಲವಾಗಿರುವುದು. ಈ ಎರಡು ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳೂ ನನ್ನಲ್ಲಿದ್ದಂತಿರಲಿಲ್ಲ. ಇವುಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಂತ್ರಗಳಲ್ಲಾಗಿರುವ ಸುಧಾರಣೆ, ನಿರಾಪಾಯಕರ ಅರಿವಳಿಕಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ, ಚಿಕಿತ್ಸಾನಂತರದ ಅತ್ಯುತ್ತಮ ಆರೈಕಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಫಲಶ್ರುತಿಯಿಂದಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ''ಮರ್ತ್ಯತೆ'' (Mortality) ಮತ್ತು ಅನಾರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ 'ಅನಾವಶ್ಯಕ' ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಜರುಗುತ್ತಿವೆ ಎಂಬ ಅನುಮಾನ ಕೆಲವು ವಲಯಗಳಲ್ಲಿರುವುದು ಸಹಾ ನನ್ನ ಗಮನಸೆಳೆದಿತ್ತು. ಬಹುಶಃ ನನ್ನ ಸುಪ್ತ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಅಡಗಿದ್ದ ಇಂತಹ ವಿಚಾರಗಳು ನನ್ನನ್ನು ತೂಗುಯ್ಯಾಲೆ ಆಡಿಸಲಾರಂಭಿಸಿದ್ದವು !

ಬಹುಶಃ ಇಂಥಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೊಳಗಾಗುವ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಮುಂದೂಡುತ್ತಲೇ ಇದ್ದೆ. ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕುಪ್ಪಳಿಯಲ್ಲಿ ತಜ್ಞರು ಸೂಚಿಸಿದ್ದ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ಸೇವಿಸುತ್ತಾ, ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತಾ ಕಾಲ ಕಳೆಯುತ್ತಿದ್ದೆ. ಎಂದಿನಂತೆ ತಿರುಗಾಟಗಳನ್ನೂ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲೇ ಮುಂದುವರಿಸಿದೆ. ಈ ನಡುವೆ ಬೆಂಗಳೂರಿನಿಂದ ಡಾ॥ ಭೋಜರಾಜ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೊ॥ ಪುಟ್ಟರಾಜ್ ಅವರು ತಮ್ಮ ಕುಟುಂಬದವರ ಜೊತೆ ಕುಪ್ಪಳಿಗೂ ಬಂದಿದ್ದು ಎರಡು ದಿನ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಅವರ ಜೊತೆಗೂಡಿ ನಮ್ಮ ಗದ್ದೆ-ತೋಟಗಳಲ್ಲಿ ತಿರುಗಾಡಿದ್ದೆ. ಕೆಲವು ಕಡೆ ಉಬ್ಬು-ತಗ್ಗುಗಳನ್ನು ಏರಿ, ಇಳಿದಿದ್ದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಆಯಾಸವಾಗಲೀ, ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಡಿಸ್ಕಂಫರ್ಟ್ ಅಥವಾ ನೋವಾಗಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗದಿದ್ದುದು ಅವರಿಗೆಲ್ಲಾ ಅಚ್ಚರಿಯುಂಟುಮಾಡಿತಂತೆ. ಕೂಡಲೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಂಥ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ನನಗಿರಲಾರದೆಂಬುದು ಅವರಿಗೂ ಮನವರಿಕೆಯಾಯಿತೆಂಬುದು ಅವರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿತ್ತು! ಒದಗಿಬರುತ್ತಿದ್ದ

ಇಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳು ನನ್ನ ಮನಸ್ಸು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ವಿರುದ್ಧ ಪ್ರಬಲ ಕಾರಣಗಳಾಗಿ ಒತ್ತು ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದುದರಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ. ಹಾಗಲ್ಲದೆ ಅದು ನನ್ನನ್ನು ಆ ತನಕ ವಿವಿಧ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸಿ, ತಮ್ಮ ವಿವೇಚನಾಯುತ ಹಾಗೂ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ನೀಡಿದ್ದ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ವಿರುದ್ಧದ ಭಾವನೆಯಾಗಿರಲಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲಿಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಸುಮಾರು ಆರು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ನನ್ನ ಜೀವನ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಸಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಜನವರಿ (1999)ನೆಯ ಮೂರನೆ ವಾರ ಯಾವುದೋ ಕಾರ್ಯನಿಮಿತ್ತವಾಗಿ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ಹೋಗಿದ್ದೆ. ಅಲ್ಲಿ 3-4 ದಿನ ತಂಗಿದ್ದೆ; ಬಂಧುಗಳ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಭೋಜನ ಕೂಟಗಳಲ್ಲೂ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದೆ. ಆ ತನಕ ಮಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಸೇವನೆಯಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪ-ಸ್ವಲ್ಪ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳೂ ಆಗಿದ್ದವು; ಕ್ರಮವರಿತು ತೆಗೆದು ಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ಕೆಲವು ಮಾತ್ರೆಗಳ ಬಳಕೆಯೂ ಸರಿಯಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಿರಲಾರದು ಕೂಡ. ಜನವರಿ 26ರಂದು ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದೆ.

ಮರುದಿನ ಜನವರಿ 27ರ ಬುಧವಾರ; ಭೋಜನಾ ನಂತರ ಮಲಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ನಿದ್ರಿಸಿದೆ. ಸುಮಾರು ನಾಲ್ಕೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ಎಚ್ಚರವಾಯಿತು. ಮುಖ ತೊಳೆದುಕೊಂಡು, ಸಾಯಂಕಾಲ ಚಹಾಪಾನವೂ ಆಯಿತು. ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ಮಲಗುವಾಗ ಓದಿ ಮಂಚದ ಮೇಲಿರಿಸಿದ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ತರುವ ಸಲುವಾಗಿ ಕೊಠಡಿಗೆ ಹೋದೆ. ಅದನ್ನು ಕೈಗೆತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಮುಂದೆ ಏನಾಯಿತೆಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲೇ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ''ಅಯ್ಯೋ, ಆ ದಿನ !''

ಶೈಶವಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲೇ ತಂದೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡ ತಬ್ಬಲಿಯಾದರೂ, ಮಾತೆಯ ಮಮತೆಯ ಮಡಿಲಿನಲ್ಲಿ ಬಾಲ್ಯವನ್ನು ಕಳೆದಿದ್ದೆ. ನಂತರ ವಿದ್ಯಾಭ್ಯಾಸ, ವೈದ್ಯನಾದದ್ದು, ಸರ್ಕಾರಿ ಕೆಲಸ ಪಡೆಯುವಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರಮವಹಿಸಬೇಕಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳುಂಟಾಗಿದ್ದವು. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳನ್ನು ಧೈರ್ಯದಿಂದಲೇ ಎದುರಿಸಿ, ಸರ್ಕಾರಿ ಕೆಲಸದಿಂದ ನಿವೃತ್ತನಾಗುವವರೆಗೂ ಈ ತರಹದ ದೈಹಿಕ ಅಥವಾ ಮಾನಸಿಕ ಕ್ಷೋಭೆಗೊಳಗಾದವನಲ್ಲ. ಜೀವಮಾನದುದ್ದಕ್ಕೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಪಾಲಿಸಿಕೊಂಡು ಬಂದಿದ್ದೆ. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ವ್ಯಾಧಿ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಅಂಕುರವಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದರಿಂದಾಗಿ ಅಷ್ಟೇನೂ ತೊಂದರೆಗಳು ವ್ಯಕ್ತಪಟ್ಟಿರಲಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಕಾಯಿಲೆ-ಕಸಾಲೆ, ಆರೋಗ್ಯಕರ ಜೀವನದ ಬಗೆಗೆ ಹಲವಾರು ಲೇಖನ/ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಇತರರಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡುವ ಹವ್ಯಾಸ ಬೆಳೆಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಹಾಗೂ ಹೃದಯಾಘಾತಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಆಳವಾಗಿ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿ ಕೆಲವು ಲೇಖನ ಮಾಲೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ್ದೆ. ಇಂತಹ ಹಿನ್ನೆಲೆಯ ನನಗೇ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಯಿತೆಂದರೆ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ನಿರಾಶೆ/ತಲ್ಲಣ ಇನ್ಯಾವುದಿರಲು ಸಾಧ್ಯ ? ನನಗೆ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾದ ಸುದ್ದಿ ತಿಳಿದ ಹಲವರು ಅವರೇಕೆ ಆರೋಗ್ಯದ ನಿಯಮಗಳನ್ನನುಸರಿಸಬೇಕೆಂದು ಉದ್ಗರಿಸುವವರಿದ್ದರಂತೆ. ನನ್ನಲ್ಲೂ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಅಪರಾಧೀ ಮನೋಭಾವ ಉಂಟಾಗಿ ಮುಂದೆ ಅದ್ಹೇಗೆ ನಾನು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಬರೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ ಎಂಬ ಯೋಚನೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೂ ನನಗಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ, ಹೃದಯಾಘಾತ, ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಘಟನೆಗಳನ್ನು ಬರಹದ ಮೂಲಕ ದಾಖಲು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ನಾನೆಲ್ಲಿ ತಪ್ಪಿ ನಡೆದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಗ್ರಹಿಸಲು ಕೆಲವರಿಗಾದರೂ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಬಹುದೆಂಬ ಆಶಯದಿಂದ ಈ ಕೃತಿ ರಚನೆ ಮಾಡುವ ಮನಸ್ಸಾಯಿತು.

7. ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆದು ಬಂದ ದಾರಿ

ಕಾಯಿಲೆ ಕಸಾಲೆಗಳು ಮನುಕುಲವನ್ನು ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಬಾಧಿಸುತ್ತ ಬಂದಿದ್ದರೂ, ಅವುಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಉಗಮವಾದುದು ಎರಡು-ಮೂರು ಶತಮಾನ ಗಳಿಂದೀಚೆಗಷ್ಟೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗು ವಂತಾದುದು ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೆ ಶತಮಾನದ ಉತ್ತರಾರ್ಧದ ನಂತರವೇ. ಆ ತನಕ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಅಡಚಣೆಗಳಿದ್ದವು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದ ನೋವು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಅಡಚಣೆಯಾಗಿತ್ತು. ಸಾವಿರದೆಂಟನೂರು ನಲವತ್ತರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ನೋವಿನ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ಮಾಡಲು ''ಸಂವೇದನಹರಣ ಪದ್ಧತಿ'' (Anaesthesia)ಯ ಉಗಮವಾಯಿತು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ನಂಜಾಗುವುದು (ಕೀವು ಉಂಟಾಗುವುದು sepsis) ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ 'ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ನಿಯಮ'ಗಳ (Antiseptic Principles) ಆಚರಣೆ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಂತಾದವು. ಇಪ್ಪತ್ತನೆ ಶತಮಾನದ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ನಂಜು ಉಂಟು ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಸೂಕ್ಷ್ಮಜೀವಿ (Microbes)ಗಳ ಪತ್ತೆಯಾಯಿತು. ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿ ಜೈವಿಕ ಮದ್ದು(Antibiotics)ಗಳನ್ನೂ ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಯಿತು.

ಈ ತರಹೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಇಪ್ಪತ್ತನೆ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ (Surgery) ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಉಚ್ಛ್ರಾಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುವಂತಾಯಿತು. ಅದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯನ (ಸರ್ಜನ್) ಕೈಚಳಕಕ್ಕೆ ಮಣಿಯದ ರೋಗಗಳೇ ಇಲ್ಲವೆಂಬಂತಾಯಿತು. ಆದರೂ ಹೃದಯ, ಮಿದುಳು ಮುಂತಾದ ಕೆಲವು ಅತಿ ಮಹತ್ವದ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಅಡಚಣೆಗಳು ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದವು. ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಷಯಗಳ ಮುನ್ನಡೆ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯದಿರುವುದು, ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದಿತೆನ್ನಬಹುದು; ಜೊತೆಗೆ ಭಾವನಾತ್ಮಕ ಕಾರಣಗಳೂ ಸಹ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿನ ಹಿನ್ನಡೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದ್ದ ವೆನ್ನುವುದನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ.

ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆ

''ಹೃದಯವೇ ಮಾನವನ (ಪರಮ) ಆತ್ಮದ ವಾಸಸ್ಥಾನ; ಅವನ ಅಂತಃಕರಣದ ಸೆಲೆ; ಸಂಸ್ಕಾರದ ಮೂಲ ಚಿಲುಮೆ; ಅವನ ಎಲ್ಲಾ ಸಂವೇದನೆಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದು; ಅದರಿಂದಾಗಿ ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳಿಗಿಂತ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗೌರವ, ಪೂಜ್ಯ ಭಾವನೆ. ದೇವಾಲಯದ ಗರ್ಭಗುಡಿಯ ಮೂಲ ದೇವಮೂರ್ತಿಯಷ್ಟೆ ಪವಿತ್ರಸ್ಥಾನ ಅದಕ್ಕೆ. ಅದನ್ನಾರೂ ಸ್ಪರ್ಷಿಸಬಾರದು. ದೂರದಿಂದಲೇ ಕೈಮುಗಿದು ನಮಿಸಬೇಕು; ಹೃದಯಕ್ಕೇ ಘಾಸಿಯಾದಾಗಲೂ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯನೂ ಸಹ ಅದರ ಆರೈಕೆಗೆ ಮುಂದಾಗುವಂತಿಲ್ಲ; ಹಾಗೆ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುಂದಾಗುವ, ಜೀವ ಉಳಿಸುವವರು ವೈದ್ಯರಾದರೂ ಅವರ ವರ್ತನೆ ಖಂಡನಾರ್ಹ; ಅಂತಹವರು ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದಲ್ಲೂ ಬಹಿಷ್ಕಾರ ಯೋಗ್ಯರು.''

ಹತ್ತೊಂಬತ್ತನೆ ಶತಮಾನದ ಅಂತಿಮ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ (1896) ಇದು ಅಲಿಖಿತ ಶಾಸನದಂತಿತ್ತು! ಆ ತನಕ ಅದನ್ನು ಧಿಕ್ಕರಿಸಿ ವರ್ತಿಸಿದವರಾರೂ ಇದ್ದಂತಿಲ್ಲ.

ಫ್ರಾಂಕ್‌ಫರ್ಟ್ ನಗರದ (ಜರ್ಮನಿ) ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ 1896ರ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್‌ನ ಒಂದು ದಿನ ಅಂತಹ ಶಾಸನವನ್ನು ಧಿಕ್ಕರಿಸಿ ವರ್ತಿಸಿದ ಅಚಾತುರ್ಯ ನಡೆದುಹೋಯಿತು! ಎರಡು ದಿನಗಳ ಹಿಂದೆ ಅಲ್ಲಿಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಜಸ್ಟುಸ್ ಎಂಬ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪೊಲೀಸರು ದಾಖಲು ಮಾಡಿದರು. ಅವನ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಇರಿತದಿಂದ ಗಾಯವಾಗಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿತ್ತು; ಈಗಲೋ ಆಗಲೋ ಅಸು ನೀಗುವಂತಿತ್ತು ಅವನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ. ಎರಡು ದಿನಗಳಿಂದ ರಜೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಲೂಯಿಸ್ ರ್ಹೆನ್ ಅಂದಿನ ಸಾಯಂಕಾಲ ಹಿಂದಿರುಗಿದ್ದ. ವಿಷಯ ತಿಳಿದ ಅವನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಧಾವಿಸಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ. ಗಾಯದ ಮೂಲಕ ಲೋಹದ ಕೊಳವೆಯೊಂದನ್ನು ತೂರಿಸಿದಾಗ ಇರಿತದ ಚಾಕು ಹೃದಯದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನೂ ತೂತು ಮಾಡಿರಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನ ಉಂಟಾಯಿತು. ಆ ತರಹೆಯ ತೂತು ದೇಹದ ಬೇರೆ ಯಾವುದೇ ಅವಯವದಲ್ಲಾಗಿದ್ದರೂ ಅದಕ್ಕೆ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿ ಮುಚ್ಚುವುದು ರ್ಹೆನ್‌ನಂಥ ಅನುಭವೀ ವೈದ್ಯನಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದ ಅಲಿಖಿತ ಶಾಸನ – ಹೃದಯದ ಗಾಯವನ್ನು ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡುವುದು ಖಂಡನಾರ್ಹ; ಅಂತಹ ವೈದ್ಯ ತನ್ನ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳ ಬಹಿಷ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ – ಎಂಬುದರ ನೆನಪಾಯಿತು. ಜರ್ಮನಿಯ ಮಹಾನ್ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಥಿಯೋಡಾರ್ ಬಿಲ್ರಾಥ್ (1829-94) ಈ ಬಗೆಗೆ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನ ನೀಡಿದ್ದು ಅವನನ್ನು ಹೊಡೆದೆಚ್ಚರಿಸಿದಂತಾಯಿತು. ಲೂಯಿಸ್ ರ್ಹೆನ್ ಈಗ ಸಂದಿಗ್ಧ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದರಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿಕೊಂಡಂತಾಯಿತು. ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದ ಭಾವನೆಯೊಂದನ್ನು ಧಿಕ್ಕರಿಸಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿರುವ ಜಸ್ಟುಸ್‌ನ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಲು ಮುಂದಾದರೆ, ತನಗೆ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳ ಬಹಿಷ್ಕಾರದ ಪರಿಣಾಮ ಒಂದು ಕಡೆಯಾದರೆ, ಅಮೂಲ್ಯವಾದ ಒಂದು ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಲು ಕಾರ್ಯ ತತ್ಪರನಾಗದಿದ್ದರೆ ಉಂಟಾಗುವ ಅಪರಾಧೀ ಮನೋಭಾವ ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ. ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಕ್ಷಣ ತೂಗುಯ್ಯಾಲೆಯಾಯಿತು. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ತನಗೆ ಸಹಜವೆನ್ನಿಸಿದಂತೆ ಕಾರ್ಯ ತತ್ಪರನಾದ. ಜಸ್ಟುಸ್‌ನ ಎದೆಯ ಮೇಲಿದ್ದ ಗಾಯವನ್ನು ಹೃದಯವಿರುವ ತಾಣದವರೆಗೂ ತೆರೆದು ಅದನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿದ. ಅದರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧ ಅಂಗುಲ ಉದ್ದದ ಗಾಯವಿದ್ದು ರಕ್ತ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಒಸರುತ್ತಲೇ ಇತ್ತು. ಮೂರು ಹೊಲಿಗೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಿ, ಹೃದಯದ ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿದ. ಮುಂದೆ ಹಲವು ತೊಡಕುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿದರೂ ರೋಗಿ ಬದುಕಿ ಉಳಿದ. ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹೃದಯದ ಗಾಯಕ್ಕೆ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿ ಒಂದು ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಿದ ಸಂತೃಪ್ತಿ ಲೂಯಿಸ್ ರ್ಹೆನ್‌ಗಾಯಿತು. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಸಮಾವೇಶವೊಂದರಲ್ಲಿ ತಾನು ಜರುಗಿಸಿದ ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸಿದ. ನಿರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮೀರಿ ವೈದ್ಯ ಸಮುದಾಯ ಅವನ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ತುಂಬು ಹೃದಯದಿಂದ ಸ್ವಾಗತಿಸಿತು. ಅಂದಿನಿಂದಲೇ ಹೃದಯದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಉಗಮಕ್ಕೆ ನಾಂದಿ ಹಾಡಿದಂತಾಯಿತು.

ಮುಂದಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ರೀತಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳೇನೋ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೆ ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಒಳಪಡಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಹಾಗೆ ವ್ಯಾಪಕ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುವಂತಹ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವಾಗಿಯೇ ಇತ್ತು. ಎಡೆಬಿಡದೆ ಹೃದಯವು ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ

ಇರುವುದು ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಅಡಚಣೆ; ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಹೃದಯದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ತೆರೆದು, ಅದರೊಳಗಡೆಯ ನ್ಯೂನತೆಗಳನ್ನು ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇದೂ ಅಲ್ಲದೆ ಸದಾ ರಕ್ತವನ್ನು ತನ್ನ ಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಹೃದಯದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣದೊಂದು ಕತ್ತರಿಕೆ (incision) ಮಾಡಿದರೂ ರಕ್ತ ಚಿಲುಮೆಯಂತೆ ಹಾರಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಹೃದಯ ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಹೃದಯದ ಬಡಿತ 4-5 ನಿಮಿಷ ಸ್ಥಗಿತವಾದರೆ ಮಿದುಳಿನಂಥ ಮಹತ್ವದ ಅವಯವದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಚಲನೆ ನಿಂತು ವ್ಯಕ್ತಿ ಸಾಯುವುದು ನಿಸ್ಸಂದೇಹ.

ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರ

ಹೃದಯದಿಂದ ಪ್ರವಹಿಸಿದ ರಕ್ತ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿಯ ಉಸಿರಾಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕ ಮತ್ತು ಇಂಗಾಲಾಮ್ಲಗಳ ಪರಸ್ಪರ ವಿನಿಮಯದಿಂದ ಶುದ್ಧೀಕರಣ ವಾಗುತ್ತದೆಯಷ್ಟೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜೀವಿಯೂ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಅದು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕವಾಗಿ ಸದಾ ಜರುಗತ್ತಿರಲೇಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ವಾದರೂ ಈ ಅವಯವಗಳ ಮೂಲಕ ಜರುಗದಂತೆ, ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆದವು. ಅಂತಹ ಒಂದು ಯಶಸ್ವೀ ಪ್ರಯೋಗ ಕರುಣಾಮಯಿ ಮಾನವನೊಬ್ಬನ ನಿಸ್ವಾರ್ಥ ಸ್ವಪ್ರೇರಣೆಯ ಕಾರ್ಯದಿಂದ ಜರುಗಿತೆಂದರೆ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗದಿರಲಾರದು.

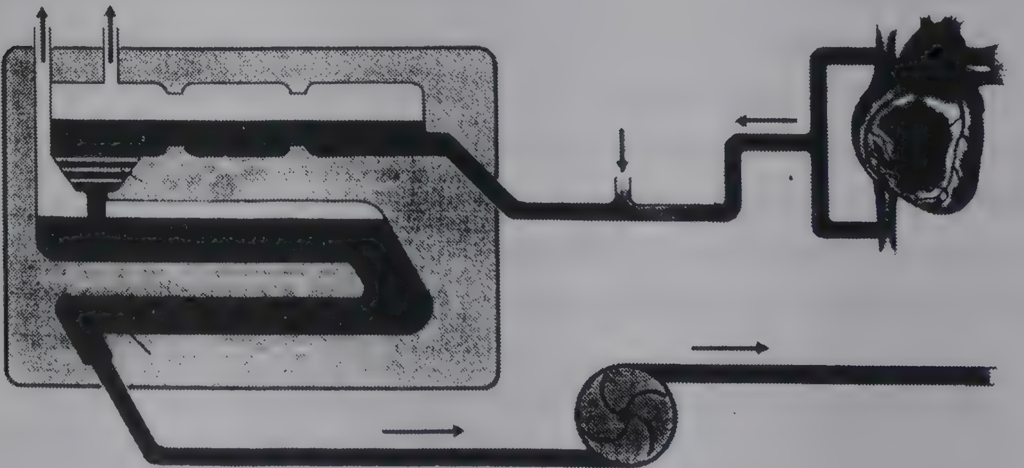
ಹದಿನಾಲ್ಕು ವರ್ಷದ ಬಾಲಕಿಯೊಬ್ಬಳ ಹೃದಯದೊಳಗಡೆ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಆಜನ್ಮ ವಿಕಲತೆಗಳಿದ್ದವು. ಅವುಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಆಕೆಯ ಹೃದಯದ ಬಡಿತಗಳನ್ನು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದಿತು. ಆ ಸನ್ನಿವೇಶದ ಗಂಭೀರತೆಯನ್ನು ಅರಿತ ವೃತ್ತಿನಿರತ ಸರ್ಜನ್ ಒಬ್ಬರು ಆ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಪರಿಹಾರಕ್ಕೆ ತಮ್ಮನ್ನೇ ಪಣವಾಗಿರಿಸಿ ಪ್ರಯೋಗ ನಡೆಸಲು ಮುಂದಾದರು.* ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಾಲಕಿಯ ಹೃದಯುವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಆವಶ್ಯಕವಾದ ಆಕೆಯ ರಕ್ತದ 'ಆಮ್ಲಜನಿಕೀಕರಣ' ತಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ಜರುಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಅವರು ತಮ್ಮನ್ನೇ ಒಡ್ಡಿಕೊಂಡರು. ಅವರಿಬ್ಬರ ರಕ್ತದ ಗುಂಪುಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದ್ದುದು ಈ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಜರುಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲ ವಾಗಿಯೇ ಇತ್ತು. ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಪಡಿಸಿದ ಬಾಲಕಿಯ ಅಪಧಮನಿ (ಶಿರೆ) ಮತ್ತು ಧಮನಿ ಗಳನ್ನು ಸ್ವಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ತಯಾರಾಗಿದ್ದ ಸರ್ಜನರ ಸೂಕ್ತ ಧಮನಿ-ಶಿರೆಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅದರಿಂದ ಬಾಲಕಿಯ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಹರಿಯುವ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹ ಪ್ರಯೋಗಕ್ಕೆ ಮುಂದಾದ ಸರ್ಜನ್‌ರ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಗಳ ಮುಖಾಂತರವೂ ಚಲಿಸುವಂತಾಯಿತು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಆರಂಭಿಸಿದಾಗ ಆಕೆಯ ಹೃದಯ

---

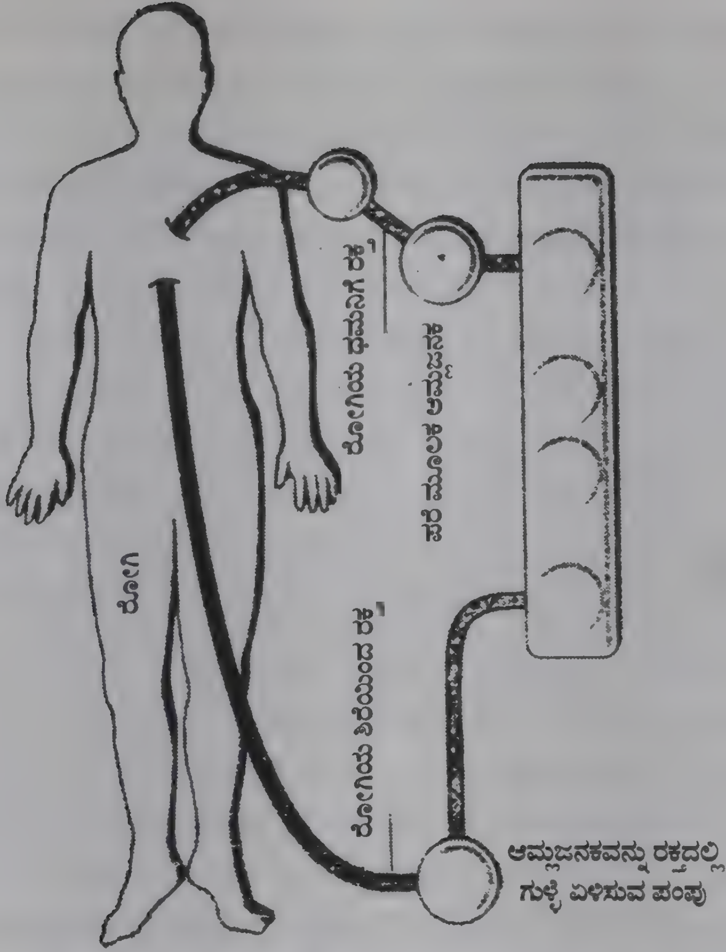
* ಅಂತಹ ಮಹತ್ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಸ್ವಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ಮುಂದೆ ಬಂದವರು ಡಾ|| ವಾಲ್ಟನ್ ಲಿಲ್ಲೀ ಹೈ ಎಂಬ ಅಮೆರಿಕಾದ ಸರ್ಜನ್ ಎಂಬ ವಿಷಯ ನನ್ನ ಸ್ಮೃತಿಪಟಲದಲ್ಲಿದೆ. ನಾನು ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಪದವಿಗಾಗಿ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಬೋಧಕರೊಬ್ಬರು ತಮ್ಮ ಭಾಷಣದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಹೇಳಿದ್ದರು. ಅದು ಜರುಗಿದ ವರ್ಷವೂ ನನಗೀಗ ಜ್ಞಾಪಕವಿಲ್ಲ. ವಾಲ್ಟನ್ ಲಿಲ್ಲೀ ಹೈ ಕಳೆದ ವರ್ಷ ನಿಧನರಾದರೆಂದು ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಓದಿದೆ.

ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ, ಅವಳ ದೇಹದ ರಕ್ತವೆಲ್ಲಾ ಸರ್ಜನ್‌ರ ದೇಹದೊಳಗಡೆ ಹರಿದು ಅವರ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅವರ ರಕ್ತದ ಜೊತೆಗೇ ಆಮ್ಲಜನಿಕೀಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾಗುವಂತಾಯಿತು. ಮುಂದೆ ಆಕೆಯ ಹೃದಯವನ್ನು ತೆರೆದು ಒಳಗಿದ್ದ ಜನ್ಮದತ್ತ ವೈಕಲ್ಯಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಅಡೆತಡೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಿದರು. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದ ನಂತರ ಬಾಲಕಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡಳು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅದೊಂದು ಮೈಲಿಗಲ್ಲು ಎಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಹೀಗೆ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಜರುಗುವ ಆಮ್ಲಜನಕ ಮತ್ತು ಇಂಗಾಲದ ಡೈ ಆಕ್ಸೈಡುಗಳ ಪರಸ್ಪರ ವಿನಿಮಯ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ದೇಹದ ಹೊರಗಡೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜರುಗಿಸಬಹುದೆಂಬ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಅರಿವು ಉಂಟಾಯಿತು. ಅದನ್ನು ಕೃತಕವಾಗಿ ಜರುಗಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮುಂದೆ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಾದರು. ಅದರಿಂದಾಗಿ 1953ರ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಅಮೆರಿಕಾದ ಹೃದ್ರೋಗ ಸರ್ಜನ್ ಜಾನ್ ಎಚ್. ಗಿಬ್ಬನ್ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳು ಕೃತಕ ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರವೊಂದನ್ನು ಆವಿಷ್ಕರಿಸಿದರು. ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಗಾಲಾಮ್ಲ ಮತ್ತು ಆಮ್ಲಜನಕಗಳ ವಿನಿಮಯ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಜರುಗುವಂತೆಯೇ ಈ ಕೃತಕ ಯಂತ್ರದ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಪ್ರವಹಿಸುವಾಗಲೂ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾದ ರೋಗಿಯ ಎದೆಗೂಡಿನ ಹಿರಿಯ ಶಿರೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತವನ್ನು ಕೃತಕ ಯಂತ್ರದೊಳಗೆ ಹರಿಯಬಿಟ್ಟಾಗ, ಅಲ್ಲಿ ಇಂಗಾಲಾಮ್ಲ-ಆಮ್ಲಜನಕಗಳ ವಿನಿಮಯದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಆಮ್ಲಜನಕ ಭರಾಯಿತ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹ ಅಯೋರ್ಟಾವನ್ನು ತಲುಪುವಂತೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. (ಚಿತ್ರ 13). ಅಂದರೆ ಹಾಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ರಕ್ತವು ಹೃದಯದೊಳಗಡೆ ಸಂಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಹೃದಯದ ಬಡಿತವನ್ನು ಕೆಲವು ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೂ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ತೆರೆದ ಹೃದಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (Open Heart Surgery)ಗಳನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಮಿದುಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುವ ಸಂಭವವಿರುವುದಿಲ್ಲ.



(ಚಿತ್ರ 13) ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ತಾತ್ವಿಕ ನಿರೂಪಣೆ



(ಚಿತ್ರ 13) ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರ - ಮುಂದುವರೆದುದು

ಈ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಹೃದಯವನ್ನು ಗಂಟೆಗಟ್ಟಲೆ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ನಾನಾ ಬಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. (ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹೃದಯ ಬಡಿತವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸದೇ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ ! ನೋಡಿ ಪು. 89). ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನದಲ್ಲುಂಟಾದ ಮುಂದುವರಿದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯ ಶಿಥಿಲವಾದ ಹೃದಯವನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿ, ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ಇನ್ನೊಬ್ಬನ ಎದೆಗೂಡಿನಿಂದ ದಾನವಾಗಿ ಪಡೆದ ಹೃದಯವನ್ನು ಬದಲಿಯಾಗಿ ನಾಟಿ ಹಾಕುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾದ ಡಾ॥ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಬರ್ನಾರ್ಡ್ 1967ರಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಬದಲಿ ಹೃದಯ ನಾಟಿ (Cardiac Transplantation) ಹಾಕಿದಾಗ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಅಚ್ಚರಿಯುಂಟಾಯಿತು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಂಬಯಿಯ ಡಾ॥ ಧನಿರಾಮ್ ಬರೂಹ ಸಂಶೋಧಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಲೋಹದಿಂದ ತಯಾರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಂಪೂರ್ಣ ಕೃತಕ ಹೃದಯ (Baruah Heart-21) ಮಾನವನ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಾರಂಭ ಮಾಡುವ ದಿನಗಳು ಬಹಳ ದೂರವಿಲ್ಲವೆನ್ನಬಹುದೇನೋ !

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ - ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪ್ರಗತಿ

ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಹೃದಯ ಶೂಲೆ,

ಹೃದಯಾಘಾತಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು 1960ರ ದಶಕದವರೆಗೂ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗಗಳನ್ನೇ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತಿತ್ತು. ಕಿರಿದಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಸವನ್ನು ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಹಿಗ್ಗಿಸಲು ಕೆಲವು ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು ವಾಡಿಕೆಯಾಗಿತ್ತು. ನೈಟ್ರೋ ಗ್ಲಿಸರಿನ್ ಎಂಬ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ನಾಲಿಗೆ ಕೆಳಗಡೆ ಇರಿಸಿದ ಕೆಲವೇ ಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಮದ್ದಿನ ಅಂಶ ರಕ್ತಗತವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಭಿತ್ತಿ ಸಡಿಲವಾಗಿ, ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸ ಹಿಗ್ಗುವಂತಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರವಹಿಸುವ ರಕ್ತದ ಮೊತ್ತ ಉತ್ತಮಗೊಂಡು ಎದೆ ನೋವು ಉಪಶಮನವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪದ್ಧತಿ ಈಗಲೂ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಗರಣೆರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯೂ ಕೆಲಕಾಲ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿತ್ತು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸ್ನಿಗ್ಧತೆ (viscosity) ಹೊಂದಿರುವ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಳುವಾಗಿಸಲು ಆಸ್ಪಿರಿನ್‌ನಂಥ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಡಿಜಿಟಾಲಿಸ್‌ನಂಥ ಮದ್ದುಗಳೂ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಈ ತರಹೆಯ ಮದ್ದುಗಳ ವಿವೇಚನಾಯುತ ಬಳಕೆ ಹಾಗೂ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೃದಯದ ಬದಲಾದ ಶಕ್ತಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳ ಇತಿ-ಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವನ ಜೀವನಶೈಲಿಯನ್ನು ಮಾರ್ಪಡಿಸಿ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಕಾಲ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವಂತೆ ಆ ಕಾಲದ ವೈದ್ಯರು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರು. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದವರು ಸುಮಾರು 1975ರವರೆಗೂ ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ತೃಪ್ತಿಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಈ ನಡುವೆ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರು, ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳೊಳಗಡೆ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಅಡಚಣೆಯಿಂದ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನಾ ಬಗೆಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಇದ್ದರು. ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸುವಲ್ಲಿ ನಾನಾ ಬಗೆಯ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಾಗಬಹುದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಉದರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸಮೃದ್ಧವಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದ 'ನೆಣಮಾಲೆ' (Omentum)ಯನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನೊಳಗಡೆ ಎಳೆದು ತಂದು ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಸಿ ಹೊಲಿಯುವುದು; ಹೃದಯದ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಿದರೆ ''ರಕ್ತವೇರಿಕೆ'' (Hyperaemea) ಉಂಟಾಗಿ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಉತ್ತಮವಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಭಾವನೆಯಿಂದ ಅದರ ಮೇಲೆ ಟಾಲ್ಕಂ ಪುಡಿಯನ್ನು ಉದುರಿಸುವುದು, ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಗತಿಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಹಾರ್ಮೋನ್‌ನ (Thyroid Hormone) ಉತ್ಪಾದನೆಯನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲು ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯನ್ನೇ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದು; ಇಲ್ಲವೆ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಮಿದುಳಿನ ನಿಯಂತ್ರಣವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಕೆಲವು ನರದೆಳೆಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವುದು (Sympathectomy) ಮುಂತಾದ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದುದರ ಬಗೆಗೆ ಉಲ್ಲೇಖಗಳಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅವೆಲ್ಲಾ ಬಾಲಿಶ ಕ್ರಮಗಳೆಂದು ಅನ್ನಿಸದಿರಲಾರದು. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳೇನೂ ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಅವುಗಳಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯದಾಗುತ್ತದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ಒಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳಿಗೂ ಇರುತ್ತಿದ್ದುದರಿಂದ ಕೆಲಕಾಲದವರೆಗೂ ಅವರಲ್ಲಿ ಕೇವಲ 'ತಣಿಕ ಪರಿಣಾಮ' (placebo effect) ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದಿರಬಹುದೇನೋ?

ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಗತಿಯಾಗದಿರಲು ಇದ್ದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಅರ್ಥ

ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಮೊದಲನೆಯದೆಂದರೆ ಯಾವ ಯಾವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲೆಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಡಚಣೆಗಳುಂಟಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಆ ತನಕ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು. ಸದಾ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಇರುವ ಹೃದಯದಿಂದಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಮೇಲೆ ನೇರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವುದು ಮತ್ತೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿತ್ತು.

ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡನೆ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ 1950ರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಆವಿಷ್ಕಾರವಾದ ಕೃತಕ ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರ ಪರಿಹಾರ ಒದಗಿಸಿತೆನ್ನುವುದನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಮನಗಂಡಿದ್ದೇವೆ. ಅದರಿಂದ ಹೃದಯದ ಬಡಿತವನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಇನ್ನು ಎರಡನೆ ಸಮಸ್ಯೆಯಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ಅಡಚಣೆ ಮತ್ತು ಇನ್ನಿತರ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ 1929ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆ ಜರುಗಿದ ಸಂಶೋಧನೆಯ ನೆರವು ಬಹಳ ತಡವಾಗಿ ಒದಗಿ ಬರುವಂತಾಯಿತು. ಜರ್ಮನಿಯ ವರ್ನರ್ ಫಾರ್ಸ್‌ಮನ್ (1904-1979) ರಕ್ತನಾಳವೊಂದರ ಮೂಲಕ ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ರಬ್ಬರ್ ನಳಿಕೆಯೊಂದನ್ನು ಹೃದಯದ ಕೋಶಗಳವರೆಗೂ ತೂರಿಸಿ ಅದರೊಳಗಾಗಿರಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದ್ದ. ಆ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸ್ವತಃ ಅವನ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕವೇ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜರುಗಿಸಿ, ವರದಿ ಮಾಡಿದ್ದ. ಆದರೆ ಜಡತೆಯೇ ಮೈವೆತ್ತಿದಂತಿದ್ದ ಆ ಕಾಲದ ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹ ಅದರ ಕಡೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸದೆ ತಿರಸ್ಕರಿಸಿಬಿಟ್ಟಿತು. ಸುಮಾರು ಮೂರು ದಶಕಗಳವರೆಗೂ ಈ ಸಂಶೋಧನೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಪುಟಗಳಲ್ಲಷ್ಟೆ ಅಡಗಿ ಕುಳಿತಿತ್ತು. ಅಮೆರಿಕಾದ ಕ್ಲೀವ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನ ಡಾ॥ ಮೇಸನ್ ಸೋನ್ಸ್, ಫಾರ್ಸ್‌ಮನ್‌ನ ತತ್ವವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿ ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನ ಮೊಳಕೈ ಧಮನಿಯ ಮೂಲಕ ಕೆಥೀಟರನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಅಯೋರ್ಟಾ ಮಹಾಧಮನಿಯವರೆಗೂ ಕಳುಹಿಸಿದರು. ಅದರ ಮೂಲಕ ಎಕ್ಸ್‌ರೇಗೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದನ್ನು – ಡೈಯನ್ನು – ತೂರಿಸಿದಾಗ, ಅದು ಹೃದಯದ ಮಾಂಸಖಂಡ ಗಳಾದ್ಯಂತ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಕಾರೋನರಿ ವೃಕ್ಷಜಾಲದ 'ಭೂಪಟ'ದ ಚಿತ್ರವನ್ನು ಕಣ್ಣು ಮುಂದೆ ತೆರೆದಿಟ್ಟಂತೆ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿತು. (ಚಿತ್ರ 5 ನೋಡಿ). ಅದರಿಂದಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ಹೃದಯದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೊಳಗೆ ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಂಡಿರುವ ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಯಿತು. ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಅವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆಯಂಥ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಅಡೆತಡೆಗಳನ್ನು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾಗಿ ಗುರುತಿಸುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಈ ವಿಧಾನವೇ ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ **ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ** ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನ.

ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿನ ಮುಂದಿನ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿ ತಡೆ ಇದ್ದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯನ್ನು ತೆರೆದು, ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಚಕ್ಕೆಯನ್ನು ಹೆರೆದು ತೆಗೆಯುವಂಥ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಅನಂತರ ಕೆಲ ಕಾಲ ಜರುಗಿದವು. ಆದರೆ ಧಮನಿಯನ್ನು ತೆರೆದು ಮತ್ತೆ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿದೆಡೆಯಲ್ಲಿ ಧಮನಿಯ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒರಟೊರಟಾದ ಪರಿಸರ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅಂತಹ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿಯೋ ಇಲ್ಲವೆ ಆ ಜಾಗವೇ ಕಲೆ ಗಟ್ಟಿ

ಕಿರಿದಾಗುವುದರಿಂದಲೋ ಮತ್ತೆ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗುವ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆ ವಿಧಾನ ಬಹಳ ಸಮಯ ಮುಂದುವರಿಯಲಿಲ್ಲ.

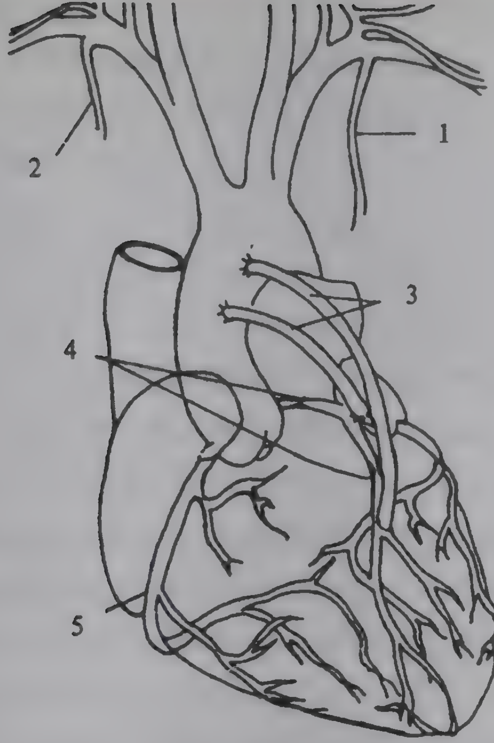
ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಉಗಮ

ಅಂತಿಮವಾಗಿ 1967ರಲ್ಲಿ ಕ್ಲೀವ್ ಲ್ಯಾಂಡ್ ಕ್ಲಿನಿಕ್‌ನ ಮತ್ತೊಬ್ಬ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಡಾ॥ ರೀನೇ ಫವಲೋರೋ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಉಪಾಯವೊಂದನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಜಾಗವನ್ನು ಸುತ್ತಿ ಬಳಸಿ, ರಕ್ತದ ಚಲನೆಯಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಮುಂದಿನ ಭಾಗದ ಧಮನಿಗೆ ರಕ್ತವನ್ನು ತಲುಪಿಸುವ ಯೋಜನೆ ತಯಾರು ಮಾಡಿದರು. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಇನ್ನೊಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿನ ಶಿರೆಯೊಂದನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು, ಅದರ ಒಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಅಯೋರ್ಟಾದ ಬುಡದಲ್ಲಿ 'ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿ, ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಇರುವ ಮುಂದಿನ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಗೆ ಹಾಕಿ ಸೇರಿಸಿದರು. ಅದರಿಂದ ಅಡಚಣೆಯಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಸುತ್ತಿ ಬಳಸಿ (By Pass) ಹೊಸದಾಗಿ ಸೇರಿಸಿದ ಶಿರೆಯ ಮೂಲಕ ರಕ್ತಸರಬರಾಜಿನಿಂದ ವಂಚಿತವಾದ ಹೃದಯದ ಸ್ನಾಯುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಯಿತು. ಅದೀಗ – **ಕಾರೋನರಿ ಆರ್ಟರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಗ್ರಾಫ್ಟ್ (ಸಿ.ಎ.ಬಿ.ಜಿ.)** ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವಾಗಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ (ಚಿತ್ರ 14). ಅದರಿಂದಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿರುವವರು ಬಹುಪಾಲು ಸಹಜ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸರಳ ಹಾಗೂ ಅಷ್ಟೇನೂ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಲ್ಲದ ಈ ವಿಧಾನದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸಂಭವಿಸಬಹುದಾದ ಮರಣದ ಸಂಖ್ಯೆ ಕೇವಲ ಶೇ. 10.0ರಿಂದ 1.5ರಷ್ಟಕ್ಕಿಳಿದಿದೆ ಎಂದರೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅದೆಷ್ಟು ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದಲ್ಲವೆ ?*

ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಡಾ॥ ಫವಲೋರೋ ಜರುಗಿಸಿದ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊರತೆಗೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾದ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಗಳೇ ಈವರೆಗೂ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೆ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ ಅಂತಹ ಶಿರೆಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅನುಮಾನಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶಿರೆಗಳು ದೇಹದ ಪರಿಧಿಗಳಿಂದ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಮಲಿನ ರಕ್ತವನ್ನು ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸಾಗಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾದುವು; ರಭಸದಿಂದ ರಕ್ತವನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಧಮನಿಗಳಿಗಿರುವಂತೆ ದಪ್ಪನೆಯ ಗಡುಸಾದ ಭಿತ್ತಿ ಶಿರೆಗಳಿಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹ ದುರ್ಬಲ ಭಿತ್ತಿಯ ಶಿರೆಗಳನ್ನು ಅಯೋರ್ಟಾ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಸೇರಿಸಿದಾಗ ರಕ್ತದ ಹರಿವಿನ ರಭಸವನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಅವುಗಳ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಳಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಅವುಗಳ

---

* ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜರುಗಿಸಿದ ಆದ್ಯತೆ ಮದ್ರಾಸಿನ ದಕ್ಷಿಣ ರೈಲ್ವೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಡಾ॥ ಕೆ. ಎಂ. ಚೆರಿಯನ್‌ರಿಗೆ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಅವರು 1975ರ ಜೂನ್ 6ರಂದು 43 ವರ್ಷದ ರೈಲ್ವೆ ಕಾರ್ಮಿಕನಿಗೆ ಆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದರು. ಅವನು ಮುಂದೆ ಯಾವುದೇ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗದೆ ಈ ತನಕ (1995) ಜೀವಿಸಿರುವುದಾಗಿ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.



(ಚಿತ್ರ 14) ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ

1. ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿ (ಎಡ) 2. ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿ (ಬಲ) 3. ಆಯೋರ್ಟಾ ಮತ್ತು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ನಡುವೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಮಾಡಿರುವುದು 4. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗಿರುವುದು 5. ಬಲ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ

ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ 'ಬಂಧಕ ಊತಕಗಳು' (Connective Tissue) ಹುಲುಸಾಗಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಅಲ್ಲಿ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ರಕ್ತವೂ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಶಿರೆಗಳು ಗಡಸಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಸವೂ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಹಿಂದೆ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಅಂಬಲಿಪೆಡಸಣೆ ಮತ್ತು ಧಮನಿ ಪೆಡಸಣೆಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳು ತ್ವರಿತ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿಯೇ ಅಲ್ಲದೆ ಗ್ರಾಫ್ಟ್‌ಗಾಗಿ ಬಳಸಿದ ಶಿರೆಯ ಹಲವು ಕಡೆಯೂ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು.

ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹೊರಹೋಗುವ ಮೊದಲೇ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ; ಶೇ. 20ರಷ್ಟು ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗಿರುತ್ತದೆ; ಹಾಗೂ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಮೂರನೆ ಎರಡರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗಾಗಿ ಈ ರೀತಿಯ ಗ್ರಾಫ್ಟ್ ಬಳಕೆಯಾದವರಿಗೆ ಪುನಃ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಉಂಟಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬರುತ್ತಿದೆ ಎಂಬುದು ತಜ್ಞರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.

ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಶಿರೆಗಳ ಬದಲಿಗೆ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯೋಗಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ಎರಡು ದಶಕಗಳಿಂದ ಜರುಗುತ್ತಿವೆ. ಮೊದಲು ಎದೆಗೂಡಿನ ಮುಂಭಾಗದ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಆ ಭಾಗಕ್ಕೆ ರಕ್ತವನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಒಳಗಿನ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪರಿಪಾಟ ಶುರುವಾಯಿತು. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಎಡ ಅಥವಾ ಬಲ

ಭಾಗದ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ತಲಾ ಒಂದೊಂದು ಕಡೆ ಅಡಚಣೆ ಇರುವ ಕಡೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಸೇರಿಸಲು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅಯೋರ್ಟಾದ ಕಮಾನಿನ ಜಾಗದಿಂದ ಟಿಸಿಲೊಡೆದು ಕೈಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಸಬ್ ಕ್ಲೇವಿಯನ್ ಧಮನಿಯ ಉಪ ಟಿಸಲಾದ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಗಳ ಒಂದು ತುದಿ ಮೂಲ ಧಮನಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಉಳಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಈ ವಿಧಾನದ ಒಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ಪ್ರಯೋಜನಕರ ಅಂಶವೂ ಆಗಿದೆ.

ಈ ವಿಧಾನದಿಂದ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಕಡೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಅಡಚಣೆಗಳನ್ನು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಕಡೆ ಅಡಚಣೆಗಳಿದ್ದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅನಿವಾರ್ಯತೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಉದ್ದನೆಯ ಧಮನಿಯೊಂದನ್ನು ದೇಹದಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದು, ಒಳಗಿನ ಮ್ಯಾಮರಿಯ ತುದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಸೇರಿಸುವ ಯೋಜನೆ ರೂಪುಗೊಂಡಿತು. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಮೊಳಕೈನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಗಳು ಸೂಕ್ತವೆಂಬುದಾಗಿ ಕಂಡುಬಂದಿತು. (ನಾವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲು ಸ್ಪರ್ಶಿಸುವ ಧಮನಿ). ಎರಡೂ ಕೈಗಳಿಂದ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಬಹುದಾದರೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಡಗೈನ ಧಮನಿಯನ್ನೇ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಆಪರೇಷನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಎದೆಗೂಡನ್ನು ತೆರೆದ ನಂತರ ಎದೆಗೂಡಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವ ಎಡ ಅಥವಾ ಬಲ ಒಳಗಿನ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಯನ್ನು (ಲೀಮಾ ರೀಮಾ LIMA-RIMA) ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ರೀತಿಯಿಂದ ಬಿಡಿಸಿ ಅದರ ತುದಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬೇರೊಬ್ಬ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರು ಎಡ ಮುಂದೋಳಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಿ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಅದಿರುವಷ್ಟು ಉದ್ದವೂ ಬಿಡಿಸಿ ಹೊರತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಅದರ ಒಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಮೊದಲೇ ಎದೆಯ ಭಿತ್ತಿಯಿಂದ ಬಿಡಿಸಿದ ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಯ ನಡುವಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತುದಿಯಿಂದ - ಬದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುತ್ತಾರೆ. ಅದರಿಂದ ಲಭ್ಯವಾಗುವ (ತಲೆಕೆಳಗಾದ) Y ಆಕಾರದ ಉದ್ದನೆ ಧಮನಿಯನ್ನು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗಿರುವ ಎಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು ಸೇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಧಮನಿ **ಮರುರಕ್ತನಾಳೀಕರಣ** (Total Arterial Revascularization - TARV) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 19).

ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಧಮನಿಗಳನ್ನೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಸೇರಿಸಲು ಬಳಸುವ ಎಲ್ಲಾ ರಕ್ತನಾಳಗಳು - ಕಾರೋನರಿ, ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಮತ್ತು ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಗಳೆಲ್ಲಾ ಒಂದೇ ರಚನಾ ಸ್ವರೂಪದವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ವಿಧಾನದಿಂದ ತೀರಾ ಸಹಜ ರೀತಿಯ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆದ ನಂತರ ಅವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ಮೊದಲು ಒಗ್ಗಿಕೊಂಡ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದ ಒತ್ತಡ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ; ಅದರಿಂದ ಹಿಂದೆ ಶಿರೆಗಳನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಾಗ ಆಗುತ್ತಿದ್ದ ಬೆಳವಣಿಗೆ/ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಲಾರವು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿರದ ಎರಡು ಬಗೆಯ ಹಾರ್ಮೋನುಗಳು ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುತ್ತವೆಂದೂ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಈ ತರಹೆಯ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ

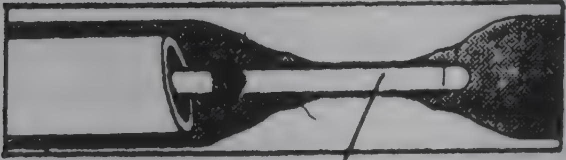
ಇಪ್ಪತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ತೆರೆದುಕೊಂಡ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡು ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಹಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನ ಈಗ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಆದರೂ ಶಿರೆಗಳನ್ನು ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಬಳಸುವವರು ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತ್ಯಜಿಸಿಯೂ ಇಲ್ಲ.

ಇತ್ತೀಚಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು

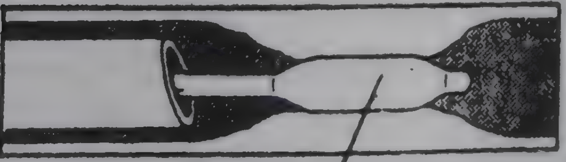
ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ಮಹತ್ತರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ತರಹೆಯ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವಾಗ ಜರುಗಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ತೀರಾ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾದವರು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ಅಪಾಯಕಾರಿ ವಿಧಾನವನ್ನು ತಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರರು; ಹಾಗೆಯೇ ವ್ಯಾಧಿಯು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವ ಎಳೆಯ/ಮಧ್ಯಮ ವಯಸ್ಸಿನವರ ವಿಷಯದಲ್ಲೂ ಈ ವಿಧಾನ ಅನುಸರಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸರಿಯೆನಿಸದು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ 1977ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ **ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ** (Balloon Angioplasty) ಕ್ರಾಂತಿಕಾರ ಬದಲಾವಣೆಯುಂಟುಮಾಡಿದೆ. ಈ ಸರಳ ವಿಧಾನವನ್ನು ಸ್ವಿಟ್ಸರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿದ್ದ ಡಾ॥ ಆಂಡ್ರಿಯಾಸ್ ಆರ್. ಗ್ರೂಯೆಂಟ್‌ಜಿಗ್ (ANDREAS R. GRUENT ZIG 1939-1985) ಎಂಬುವರು ಜಾರಿಗೆ ತಂದರು. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಾಫ್ ಮಾಡುವ ಕೆಥೀಟರ್ ತುದಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹಿಗ್ಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವ ಬಲೂನನ್ನು (Balloon) ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಧಮನಿ ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬಲೂನನ್ನು ನೆಲೆಯಾಗಿಸಿ, ಹಲವಾರು ಸಾರಿ ಹಿಗ್ಗಿಸಿ-ಕುಗ್ಗಿಸಿದಾಗ ಆ ಭಾಗವು ತೆರೆದುಕೊಂಡು ಅಗಲವಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 15). ಬಲೂನನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಅಲ್ಲೇ ಹಿಡಿದಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ತೆಗೆದ ನಂತರ ಧಮನಿಯ ವ್ಯಾಸ ಬಹುಪಾಲು ಹಿಂದಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಿರುತ್ತದೆ. ಗ್ರೂಯೆಂಟ್ ಜಿಗ್ 1977ರಲ್ಲಿ 37 ವರ್ಷದ ತೀವ್ರ ಆಂಜೈನಾದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನಿಗೆ ಮೊತ್ತ ಮೊದಲ ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗಿಸಿದ್ದು ಹತ್ತು ವರ್ಷದ ನಂತರವೂ ಅವನು ಫಲಪ್ರದವಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡು ಆಂಜೈನಾದ ಬಾಧೆಯಿಂದ ವಿಮುಕ್ತನಾಗಿದ್ದನೆಂದರೆ ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯ ಮಹತ್ವದ ಅರಿವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನ ಸೂಕ್ತವೆನಿಸಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಪಂಚ



ಕಿರಿದಾದ ರಕ್ತನಾಳ



ಬಲೂನ್ ಕೆಥಿಟರ್ ಅಳವಡಿಸುವ ಹಂತಗಳು



ಬಲೂನ್ ಕೆಥಿಟರ್ ಅಳವಡಿಸುವ ಹಂತಗಳು



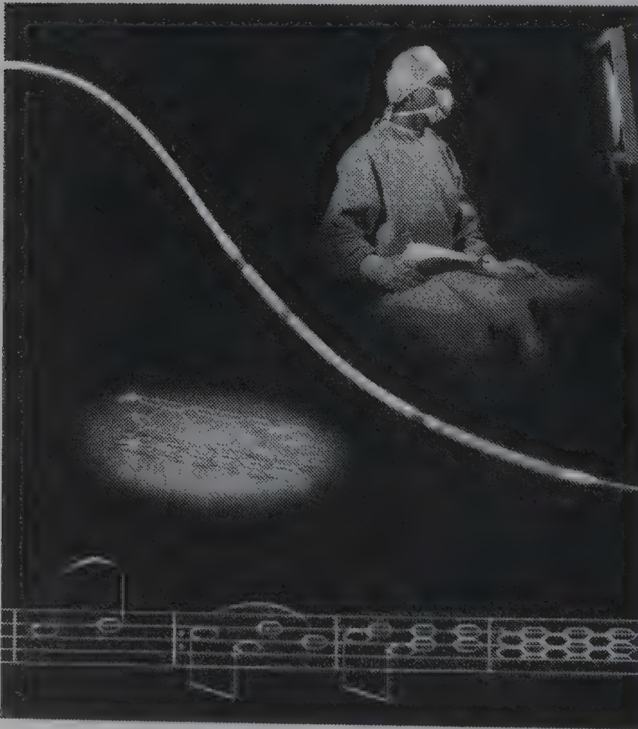
ಬಲೂನ್ ಕೆಥಿಟರ್ ಅಳವಡಿಸುವ ಹಂತಗಳು

(ಚಿತ್ರ 15) ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯ ಹಂತಗಳು

ದಾದ್ಯಂತ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಕೇವಲ 46 ವರ್ಷ ಜೀವಿಸಿದ್ದ ಆಂಡ್ರಿಯಾಸ್ ಗ್ರೂಯೆಂಟ್ ಜಿಗ್‌ನ ಸಾಧನೆ ಅವಿಸ್ಮರಣೀಯವೇ ಸರಿ.

ಹಾಗೆ ಅಗಲಿಸಿದ ಧಮನಿಯ ಭಾಗವು ಕೆಲವು ತಿಂಗಳಿಂದ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಹಾಗೆಯೇ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವುದುಂಟು. ಮುಂದೆ ಆ ಭಾಗದ ಮುಖಾಂತರ ಹರಿಯುವ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣವು ಬಹುಪಾಲು ಹಿಂದಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೇ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಈ ಕ್ರಮವನ್ನು ಇಂತಹ ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವ ಹಲವು ಕಡೆ ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ಜರುಗಿಸಲೂಬಹುದು.

ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ವ್ಯಾಧಿಯು ಶುರುವಾಗುವ ಮೊದಲ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರು ಮುಂದೆ ತಮ್ಮ ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ತಮ್ಮ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ ವ್ಯಾಧಿಯು ಇತರ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಗೆ ವಿಸ್ತರಿಸದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅದೇ ರೀತಿ ಬಹಳ ವಯಸ್ಸಾಗಿಯೋ, ಇಲ್ಲವೆ ಇತರ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂತಹ ಮೇಜರ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗದವರಿಗೂ ಇದನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಂದೇ ಧಮನಿಗೆ ವ್ಯಾಧಿ ಸ್ಥಿಮಿತಗೊಂಡವರು ಮತ್ತು ಅದಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿರದ (Short) ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿ ಇದ್ದವರಿಗೆ ಈ ವಿಧಾನ ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿಯು ಹಲವು ಕಡೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುವುದರಿಂದ ಶೇ. 80ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಲು ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿಯು ಕಾರೋನರಿಯ ಪ್ರಮುಖ ಟಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರಿದ್ದಾಗಲೂ ಮತ್ತು ಧಮನಿಯ ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿರುವ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿದ್ದಾಗಲೂ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯು ಏನೇ ಆದರೂ ಒಂದು ತಾತ್ಕಾಲಿಕ ಕ್ರಮವಾದುದರಿಂದ ಖಾಯಂ ಆಗಿ ಧಮನಿಯನ್ನು ತೆರೆದಿಡುವ ಕ್ರಮವನ್ನೂ ಸಹ ಈಗ ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲಾಗಿದೆ.



(ಚಿತ್ರ 16)

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರಿದಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಬಹಳ ಸಮಯ ಖಾಯಂ ಆಗಿ ತೆರೆದಿಡುವ **'ಸ್ಟೆಂಟ್'** (Stent) **ಅಳವಡಿಕೆ** ಎಂಬ ವಿಧಾನವು ಬಳಕೆಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯ ತತ್ವವೇ ಇದಕ್ಕೂ ಮೂಲಾಧಾರ. ಕಿರಿದಾದ ಖಂಡ ಭಾಗವು ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಅದು ಸದಾ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಮಾಡಲು

ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಲೋಹದ ಎಳೆಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಕೊಳವೆಯಾಕಾರದ ಸಾಧನವನ್ನು ನೆಲೆಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಟೈಯಿನ್‌ಲೆಸ್ ಸ್ಟೀಲ್ ಅಥವಾ ಟ್ಯಾಂಟಲಮ (Tantalum) ಲೋಹದ ಎಳೆಗಳಿಂದ ಕೊಳವೆ ಆಕಾರದಲ್ಲಿ ತೆಳ್ಳನೆಯ ಹೆಣಿಗೆ (Mesh) ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಟೆಂಟ್‌ನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಗುಣವೂ ಇರುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 16). ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಾಮ್ ಜರುಗಿಸುವ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಕೆಥೀಟರ್‌ನ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿದ ಸ್ಟೆಂಟನ್ನು ಧಮನಿ ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ಎಡೆಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಗುಣದಿಂದ ತೆರೆದುಕೊಂಡಾಗ, ಧಮನಿಯ ಸಹಜ ವ್ಯಾಸದಷ್ಟೇ ಅಗಲವಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಹರಿವು ಮೊದಲಿನಂತೆ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತದೆ. ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ಹಲವು ಕಡೆ ಸ್ಟೆಂಟನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಬಲೂನ್ ಆಂಜಿಯೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿಯಂತೆ ಅಂಕುಡೊಂಕಾದ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗಿಂತಲೂ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆಯಬಹುದೆಂಬುದು ಕೆಲವು ತಜ್ಞರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ನಲವತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಲು ಇದು ಆದರ್ಶಪ್ರಾಯವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಸಾಧನದ ತಯಾರಿ ಮತ್ತು ಅಳವಡಿಕೆ ವಿಧಾನ ತುಂಬಾ ದುಬಾರಿಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ವ್ಯಾಪಕ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಡಚಣೆಯೆನ್ನಬಹುದು.

ಹೃದಯ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ !

ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೃದಯ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಅದರ ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಸ್ತಬ್ಧಗೊಳಿಸಬೇಕಾದ ಅನಿವಾರ್ಯತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಕೃತಕ ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರದ ಆವಿಷ್ಕಾರವಾದಾಗಿನಿಂದಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಸುಗಮವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಲಿದೆ. ಆದರೆ ಅದರ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಕೆಲವು ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಹಲವು ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗುವುದು ಅನಂತರದ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಆ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಮೊದಲು ಚಾಲನೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ 6ರಿಂದ 8 ಬಾಟಲು ರಕ್ತದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಏಡ್ಸ್ (AIDS), ಹೆಪಟೈಟಸ್-ಬಿಯಂಥ ಮಾರಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಹಾವಳಿ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಇರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದೊಂದು ಅನಾನುಕೂಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ರಕ್ತವು ಯಂತ್ರದ ಮೂಲಕ ಹರಿಯುತ್ತಿರುವಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಭೌತಿಕ, ಜೈವಿಕ ಹಾಗೂ ''ಪ್ರತಿರಕ್ಷಣೆ''ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ (Immunological) ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಅಂತಹ ಕೆಲವು ಕೂಡಲೇ ವ್ಯಕ್ತವಾದರೆ ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ರಕ್ತ ಗರಣೆಗಟ್ಟುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅಲ್ಪಮಟ್ಟದ ವ್ಯತ್ಯಯದಿಂದ ಕಿರಿದಾದ ಮುದ್ದೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿ ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮಿದುಳಿನಂಥ ಅವಯವಗಳ ಕಿರಿಯ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಲಘು ಹೃದಯಾಘಾತಗಳಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಿವೆ; ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗಾಗುವುದರಿಂದ ಅದರ ಒಂದು ಕಿರುಹಾಲೆ (Lobe) ಉಸಿರಾಟದ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲಾಗದೆ ತೊಂದರೆಗೆ ಕಾರಣ

ವಾಗಬಹುದು; ಅದೇ ರೀತಿ ಮಿದುಳಿನ ಕಿರಿಯ ರಕ್ತನಾಳದೊಳಗಡೆ ಅಡಚಣೆಯಾದರೆ ರೋಗಿಯ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವ ನಿಶ್ಚೇತನವಾಗಬಹುದು; ಅಂತಹ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಪರಿಣಾಮ ತತ್‌ಕ್ಷಣವಾಗದಿದ್ದರೂ ಮಿದುಳಿನ ಕೆಲವು ವಲಯಗಳ ಅತ್ಯಂತ ಕಿರು ರಕ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಮುದ್ದೆಯ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ, ಅದು ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದ – ವಲಯದ ನರಕೋಶಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬೇರೆಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ರೋಗಿಯ ಜ್ಞಾಪಕಶಕ್ತಿ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕುಂದುವುದಕ್ಕೆ ಇದೇ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ನೆಲೆಯಾಗಿ ನ್ಯುಮೋನಿಯಾ (ಪುಪ್ಪಸದುರಿಯೂತ)ದಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯು ಉಂಟಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ರೋಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಕಾಲ ಕಳೆಯಲೂ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆರ್ಥಿಕವಾಗಿಯೂ ಅವನಿಗೆ ಅದು ಹೊರೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಇವೆಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ರೋಗಿಯ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಮೂಲ ಪ್ರೇರಣೆಗಳಾಗಿರುವ ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯಾಗಿ ಅವನಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿದ್ದ ರೋಗ-ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯೂ ಕುಂದಿ ಅವನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ಬಗೆಯ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳಿಂದ ನರಳುವಂತಾಗಲೂಬಹುದು.

ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ತುಂಬಾ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದ್ದರೂ ಇಂತಹ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳು ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿದ್ದ ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದವರು ಮರು ಚಿಂತನೆ ಮಾಡುವಂತಾಗಿದೆ. ಹೃದಯದ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಇಡೀ ಹೃದಯವನ್ನೇ ಸ್ತಬ್ಧಗೊಳಿಸುವುದರ ಔಚಿತ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಕೆಲವರನ್ನು ಆಲೋಚನೆಗೀಡುಮಾಡಿರಬೇಕು. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುವ ಸ್ವಯಂಚಾಲಿತ ಬಿಸಿನೀರಿನ ಯಂತ್ರ (Geyser)ವನ್ನು ರಿಪೇರಿ ಮಾಡುವಾಗ ಇಡೀ ಮನೆಯ ವಿದ್ಯುತ್ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸದೇ ದುರಸ್ತಿಕಾರ್ಯವನ್ನು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದಷ್ಟೆ ? ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೃದಯವನ್ನೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸದೇ ಅದರ ಮೇಲ್ಮೈ ಭಾಗದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯತಂತ್ರಗಳು ಈಗ ರೂಪುಗೊಂಡಿವೆ. ಅವುಗಳ ಫಲಶ್ರುತಿಯೇ ಈಗ **ಹೃದಯ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ!*** (OPERATING ON THE BEATING HEART !) ಯಾಗಿ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಜರುಗುತ್ತಿದೆ.

ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು 1980ರಷ್ಟು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೇ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಆರಂಭವಾಗಿದ್ದವು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅರ್ಜೆಂಟೈನಾದ ಡಾ॥ ಫ್ರೆಡರಿಕೋ ಜೆ. ಬೆನೆಟ್ಟಿ ಮತ್ತು ಬ್ರೆಜಿಲ್‌ನ ಡಾ॥ ಎನಿಯೋ ಬೊಫೋಲೋ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಾದವರಲ್ಲಿ ಮೊದಲಿಗರು.* ಅವರೊಂದು ಸಾರಿ ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳದೇ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಸಾಹಸ ಮಾಡಿದರು. ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನ

---

* *Operating on the Beating Heart* : CORNELIUS BORST : SCIENTIFIC AMERICAN OCT. 2000

ಕಿರಿದಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಗಬೇಕಿದ್ದ ಖಂಡಭಾಗವನ್ನು ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ 'ಬಂಧನಿ' (clamp)ಯ ತೋಳುಗಳ ನಡುವೆ ಭದ್ರವಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದರು. ರಕ್ತದ ಹರಿವನ್ನು ಆ ವಲಯದಲ್ಲಿ ತಕ್ಕಮಟ್ಟಿಗೆ ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು; ಅಲ್ಲಿ ನಿಯೋಜಿತ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯೂ ಆದರು. ಅದು ಅಷ್ಟೊಂದು ಸುಗಮವಾದ ಕಾರ್ಯವೆಂದೆನಿಸದಿದ್ದರೂ ಅಂತಹ ತತ್ವದ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಜರುಗಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆಯೆಂಬುದರ ಅರಿವು ಅವರಿಗೆ ಉಂಟಾಗಿತ್ತಾದರೂ ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯಲು ಹಿಂಜರಿದರು. ಆದರೆ, ಆ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ನೆದರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ದೇಶದ ಕೊರ್ನಿಲಿಯಸ್ ಬೋರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಡಾ॥ ಎರಿಕ್ ಜಾನ್‌ಸೆನ್ ಎಂಬಿಬ್ಬರು ಕಾರ್ಯಗತಗೊಳಿಸಿದರು. ಮೊದಲಿಗೆ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಯೋಗಗಳು ಜರುಗಿದವು (1994). ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಧಮನಿಗಳನ್ನೂ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು ಸೇರಿಸುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಲ ಸ್ನಾಯುಗಳನ್ನು ಭದ್ರವಾಗಿ ಹಿಡಿದು ಆ ವಲಯ ಮಾತ್ರ ಸ್ತಬ್ಧವಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಹರಿವು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ಮಾಡಲು ಯಾಂತ್ರಿಕ ಸಲಕರಣೆಯೊಂದನ್ನು ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಿದರು. ಎರಡು ಬಾಹುಗಳಿದ್ದ ಇಕ್ಕಳದಂಥ ಸಲಕರಣೆ ಅದಾಗಿತ್ತು. ಬಾಹುಗಳಿಗೆ ನಿರ್ವಾತ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ತಲಾ ನಾಲ್ಕು ಜೊತೆ ಕಪ್(cup)ಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ್ದರು. ಜಲಚರ ಅಷ್ಟಪಾದಿ ಮೀನಿನ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುವ ಆ ಸಲಕರಣೆಗೆ 'ಆಕ್ಟೋಪಸ್' ಎಂಬುದೇ ಅನ್ವರ್ಥನಾಮವಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ ! ಈ ತರಹೆಯ ಆಕ್ಟೋಪಸ್ ಸಲಕರಣೆಯನ್ನು ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸಲು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಹೃದಯದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆಕ್ಟೋಪಸ್‌ನ ಬಾಹುಗಳಲ್ಲಿರುವ ನಿರ್ವಾತ ಕಪ್‌ಗಳು ಆ ಭಾಗವನ್ನು ಆಕ್ರಮಿಸಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ಆ ವಲಯವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಶ್ಚಲಗೊಳಿಸುತ್ತವಲ್ಲದೆ, ಅಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹರಿಯುವುದನ್ನೂ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 17) ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ನಿಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿರಾತಂಕವಾಗಿ ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಡಾ॥ ಬೋರ್ಸ್ಟ್ ಮತ್ತು ಡಾ॥ ಜಾನ್‌ಸೆನ್ ತಂಡದವರು 1995ರ ಸೆಪ್ಟೆಂಬರ್‌ನಲ್ಲಿ ಮಾನವ ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನ ಮೇಲೆ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮೊತ್ತಮೊದಲು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಜರುಗಿಸಿದರು. ಅನಂತರ ಪ್ರಪಂಚದ ಹಲವು ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಆಕ್ಟೋಪಸ್ ಸಾಧನದ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆಯೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗಳು ಜರುಗುತ್ತಿವೆ. ಕ್ರಿ.ಶ. 2000 ವರ್ಷದ ಮಧ್ಯದವರೆಗೆ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಸುಮಾರು ಐವತ್ತು ಸಾವಿರ ಅಂತಹ



(ಚಿತ್ರ, 17)

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಜರುಗಿದ ವರದಿಗಳಿವೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಸ್ವತಃ ಡಾ॥ ಎರಿಕ್ ಜಾನ್‌ಸೆನ್‌ರೇ ಆಕ್ಟೋಪಸ್ ಸಾಧನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು (ಹೃ-ಶ್ವಾ ಯಂತ್ರ ಬಳಸದೆ) ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಪ್ರಾತ್ಯಕ್ಷಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ತೋರಿಸಿದರು. ದೇಹದೊಳಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅತಿಕ್ರಮಿಸಿ ಜರುಗಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ (Minimally Invasive Surgery) ಒಳ್ಳೆಯ ಉದಾಹರಣೆ ಇದಾಗಿದೆ ಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಕೆಲವೆಡೆ ಸಹಾ ಈ ವಿಧಾನ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವುದು ಸಂತಸದ ವಿಷಯ. ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಡಾ॥ ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರು ಈತನಕ ಸುಮಾರು 3000 ಅಂತಹ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸಿರುವುದು ಹೆಮ್ಮೆಯ ವಿಷಯ.

ಬೈ-ಪಾಸ್ ಜರುಗಿಸಲು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಸುತ್ತಲ ವಲಯವನ್ನು ಆಕ್ಟೋಪಸ್ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸುವುದರಿಂದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಆ ವಲಯ ಮಾತ್ರ ಸ್ತಬ್ಧವಾಗಿರುತ್ತದೆ; ಅದನ್ನುಳಿದು ಇಡೀ ಹೃದಯ ಎಂದಿನಂತೆ ಸಂಕುಚನ-ವಿಕಸನಗೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಹೃದಯದ ಸಹಜ ಕಾರ್ಯ ಕಲಾಪಗಳಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಅಡೆತಡೆಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲದೆ ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳದಿರುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚುವರಿಯಾಗಿ ರಕ್ತಪೂರಣೆ ಮಾಡುವ ಅವಶ್ಯಕತೆಯೂ ಬಹುಪಾಲು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಿಲ್ಲ; ಅಂತಹ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಿಂದಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಅನಾನುಕೂಲ ಹಾಗೂ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೂ ಅವಕಾಶಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸುವ ಸಮಯವೂ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ; ಅನಂತರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ಅವಧಿಯೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ !

'ಕೀಲಿ ಕಿಂಡಿ' ಸರ್ಜರಿ (KEY-HOLE SURGERY !)

ಈ ಅಧ್ಯಾಯದ ಆರಂಭದ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ಹೃದಯದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಾವ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೆಂಬುದನ್ನು ನೆನಪು ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ ಅದೀಗ ತಲುಪಿರುವ ಎತ್ತರ-ಬಿತ್ತರಗಳು ಊಹೆಗೂ ನಿಲುಕಲಾರವೆಂದರೆ ಉತ್ಪ್ರೇಕ್ಷೆಯ ಮಾತುಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ತನಕದ ಅವಲೋಕನದಿಂದ ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೃದಯವನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಾರದೆಂದಿದ್ದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಅದನ್ನೇ ತೆಗೆದುಹಾಕಿ ಬೇರೆಯವರ ಹೃದಯವನ್ನು ಬದಲಿಯಾಗಿ ಜೋಡಣೆ ಮಾಡುವುದೀಗ ದಿನನಿತ್ಯ ಜರುಗುವ ಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿದೆ; ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿ ಇನ್ನೇನು ಸಾಯುವುದೇ ಗತಿಯೆಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದ್ದುದು, ಅನಂತರದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಎದೆಗೂಡನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆರೆದು ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಮೇಲೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವಷ್ಟು ಮುಂದುವರಿದಿದೆ. ಮುಂದೇನು ? ಎಂದು ಉಸಿರು ಬಿಡುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಎದೆಗೂಡನ್ನು ತೆರೆಯದೇ ಕಿಂಡಿಗಳ ಮೂಲಕ 'ಯಂತ್ರ-ಮಾನವ' (Robot)ದ 'ಕೈ ಚಳಕ'ದಿಂದ ಯಶಸ್ವೀ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಯುಗಾರಂಭವಾಗುತ್ತಿದೆ !

ಕೆಲವು ದಶಕಗಳಿಂದೀಚೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ 'ನಾರುಗಾಜು ದ್ಯುತಿವಹನ ತಾಂತ್ರಿಕತೆ' (Fibre-optic Technology) ಕಾಲಿರಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಅಪಾರ ಪ್ರಗತಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆಯಷ್ಟೆ. ಅದರಿಂದ ಲಭ್ಯವಾದ ಹಲವು ಬಗೆಯ 'ದ್ಯುತಿವಹನ ಅಂತರ್‌ದರ್ಶಕ'ಗಳಿಂದ (Fibre-optic

Endoscopes) ವಿವಿಧ ಅಂಗಾಂಗಗಳೊಳಗಾಗಿರಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ವೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಅನಂತರ ಅವುಗಳ ಮುಖಾಂತರವೇ ಉದರ ಕೋಶದ ಕೆಲವು ಅವಯವಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಕೇವಲ ಸಣ್ಣ ರಂಧ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಜರುಗಿಸಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಅದೇ ತಾಂತ್ರಿಕತೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಹೃದಯದ ರೋಗಗಳಿಗೆ, ಅದರಲ್ಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೂ ಬಳಸುವಂತಾಗಿದೆ. ಅದೀಗ **ಕೀಲಿಕಿಂಡಿ ಮೂಲಕ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜ**ರಿಯಾಗಿ ಅವತರಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಇದೊಂದು ಅತ್ಯಂತ ಸಂಕೀರ್ಣ ರೀತಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಎನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ; ಆದರಿಂದ ಹಲವು ತಾಂತ್ರಿಕತೆಗಳು ಜೊತೆ ಜೊತೆಯಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯ. ನಾರುಗಾಜಿನ ದ್ಯುತಿವಹನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕದ ಪ್ರಸ್ತಾಪವನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ; ಹಾಗೂ ನಾವು ಈಗಾಗಲೇ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಆಕ್ಟೋಪಸ್ ಸಾಧನದ ಬಳಕೆಯೂ ಇಲ್ಲಿ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇವೆರಡರ ಜೊತೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ನಿಯಂತ್ರಿತ 'ಯಂತ್ರ ಮಾನವನ' ಅನ್ಯೋನ್ಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮತ್ತು ಸಹಕಾರಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಯೋಜಿಸಿದ ಯಂತ್ರ-ತಂತ್ರಗಳ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಕೆನಡಾದ ಡಾ॥ ಡೊಗ್ಲಸ್ ಬಾಯ್ಡ್ 1999ರಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನಿಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಜರುಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದರು. ರೋಗಿಯ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ನಿಗದಿತವಾದ ಎಡೆಯಲ್ಲಿ 10 ಮಿ.ಮೀ. ವ್ಯಾಸದ ತೂತೊಂದನ್ನು ಮೊದಲು ಕೊರೆಯಲಾಯಿತು. ಅದರ ಮೂಲಕ ಒಂದು ಪುಟ್ಟ ವಿಡಿಯೋ ಕ್ಯಾಮೆರಾ ಮತ್ತು ಬೆಳಕನ್ನು ಹಾಯಿಸುವ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ತೂರಿಸಲಾಯಿತು. ಅದರಿಂದ ವಿಡಿಯೋ ತೆರೆಯ ಮೇಲೆ ಹಾನಿಯಾದ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ಖಂಡಭಾಗವನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಮುಂದೆ ಎದೆಗೂಡಿನ ಮೇಲೆ ನಿಗದಿತ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆರಡು ತೂತುಗಳನ್ನು ಕೊರೆಯಲಾಯಿತು. ಅವುಗಳ ಮೂಲಕ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಆವಶ್ಯಕವಾದ ಕೆಲವು ಕಿರಿದಾದ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿದರು. ಈ ಉಪಕರಣಗಳ ಹೊರತುದಿಗಳನ್ನು ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಮೂಲಕ ಒಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ 'ಯಂತ್ರ ಮಾನವ' ಸಾಧನಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಮೂಲಕ ಯಂತ್ರ ಮಾನವನಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೆ, ಅದಾಗಲೇ ಎದೆಗೂಡಿನೊಳಗಿದ್ದ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಉದ್ದೇಶಿತ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಡಾ॥ ಬಾಯ್ಡ್ ರೋಗಿಯ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗಿದ್ದ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಆದೇಶಗಳನ್ನು ನೀಡಿದಾಗ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯನ್ನು ಎತ್ತಿಹಿಡಿದು ಸರಿಯಾದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸಿ, ಬೈಪಾಸನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿತು. ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರಿಯಾಗಿದ್ದು ಅದರ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಪರದೆಯ ಮೇಲೆ ಮೂಡಿಬಂದಿತು !

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕೀಲಿ ಕಿಂಡಿಯ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದಷ್ಟು ಸರಳ ಹಾಗೂ ಸುಗಮವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಆದರೆ ಮುಂಬರುವ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನದ ತಾಂತ್ರಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಸರಳವಾಗಬಹುದಲ್ಲದೆ, ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆಯ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೂ ನಿಲುಕುವಂತಾಗಲೆಂದು ಹಾರೈಸೋಣ.

8. ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಯಿತು !

ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ನಂತರ ಅಲ್ಲಿಯ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಾರ ವಿಶ್ರಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೆ. ಎದೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಅಥವಾ ಅಸೌಖ್ಯತೆ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಕಂಡುಬಾರದಿದ್ದರೂ ಹೆಚ್ಚು ದೂರ ನಡೆದಾಡಲು ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಹತ್ತುವುದು ಕಷ್ಟವೆನಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಹಾಗೆ ಶ್ರಮದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಾರದೆಂಬ ಸಲಹೆಯನ್ನೂ ನೀಡಿದ್ದರು.

ನನಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಮೊದಲ ಸೂಚನೆಗಳು ವ್ಯಕ್ತವಾದಾಗಿನಿಂದ (ಅಕ್ಟೋಬರ್ 97) ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸುವವರೆಗೂ (ಜನವರಿ 1999) ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗೆಗೆ ಒಂದು ದೃಢ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆ ಬಗೆಗೆ ನನ್ನ ಅಂತರಂಗದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುತ್ತಿದ್ದ ಹೊಯ್ದಾಟಗಳ ಬಗೆಗೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಚರ್ಚೆ ನಡೆದಿದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲೇಬೇಕಾದ ಘಳಿಗೆಯೂ ಬಂದೇ ಬಿಟ್ಟಿತು. ಅದರಿಂದ ನಾನೀಗ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮೀನ-ಮೇಷ ಎಣಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಲಿಲ್ಲ; ಆ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತೆ ಯಾರದೇ ಒತ್ತಾಯದ ಆವಶ್ಯಕತೆಯೂ ಬೇಕಾಗಲಿಲ್ಲ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗಲೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಮುಂದೆ ವಿಮುಖನಾಗಲಿಲ್ಲ.

ಫೆಬ್ರವರಿ ತಿಂಗಳ (1999) ಒಂದು ದಿನ ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ರೈಲಿನಲ್ಲಿ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ಸಂಬಂಧಿಕರ ಜೊತೆ ಪ್ರಯಾಣ ಬೆಳೆಸಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರನ್ನು ತಲುಪುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಕತ್ತಲೆಯಾಗಿತ್ತು. ಫ್ಲಾಟ್‌ಫಾರಂನ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿ ನಡೆಯಲು ನನಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವಂತಿರಲಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ರೈಲ್ವೇ ಸ್ಟೇಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಬೋಗಿಯಿಂದ ಹೊರಗೆ ಸಾಗಿಸಲು ಗಾಲಿ-ಕುರ್ಚಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತು. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಕುರ್ಚಿಯನ್ನು ತಳ್ಳಿಕೊಂಡು ರೈಲ್ವೇ ಕೂಲಿ ಹಾಜರಾದ. ಅದರಲ್ಲಿ ನನ್ನನ್ನು ಕೂರಿಸಿ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ತಳ್ಳಿಕೊಂಡು ಸಾಗಿದ. ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಅದರ ಒಂದು ಚಕ್ರ ಕಳಚಿ ಕೆಳಗೆ ಬಿದ್ದಿತು. ಕುರ್ಚಿ ಸಮೇತ ನಾನೂ ಸಹಾ ಕೆಳಗುರುಳಿ ಬೀಳಬೇಕಾಯಿತು. ಜೊತೆಯಲ್ಲಿದ್ದವರು ನನ್ನನ್ನು ಮೇಲಕ್ಕೆತ್ತಿ ಮತ್ತೆ ಕುರ್ಚಿ ಮೇಲೆ ಕೂರಿಸಿದರು. ಗಾಲಿಯನ್ನು ಅದರ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರಿಸಲು ಅವಶ್ಯವಾದ ಕಬ್ಬಿಣದ ಕೀಲು ನಾಪತ್ತೆಯಾಗಿತ್ತು. ಕತ್ತಲಲ್ಲೇ ತಡಕಿ ಸಿಕ್ಕಿದ ಕಬ್ಬಿಣದ ಮೊಳೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಮತ್ತೆ ಕುರ್ಚಿಯನ್ನು ತಳ್ಳಿ ಮುಂದೆ ನಡೆಸಿದರು. ಕೆಲದೂರ ಸಾಗಿದ ನಂತರ ಮತ್ತೆ ಕುರ್ಚಿ ಹಿಂದಿನಂತೆಯೇ ಕೆಳಗುರುಳಿತು. ನಾನೂ ಮತ್ತೆ ನೆಲವನ್ನಪ್ಪಿದೆ! ಎರಡು ಸಾರಿ ಆ ರೀತಿ ನೆಲಕ್ಕಪ್ಪಳಿಸಿದರೂ ನನಗೇನೂ ಆಗದಿದ್ದುದು ಆಶ್ಚರ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೂ ಒಂದು ಬೆಣೆಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಫ್ಲಾಟ್ ಫಾರಂನಿಂದ ನನ್ನನ್ನು ಹೊರಗೆ ಕರೆತರಲಾಯಿತು. ಕುರ್ಚಿಯ ದುರವಸ್ಥೆಯ ಬಗೆಗೆ ರೈಲ್ವೆ ಕೂಲಿಯನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಲಾಗಿ, ಅವರ ಸ್ಟೇಷನ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಂತಹ 5 ಕುರ್ಚಿಗಳಿರುವುದಾದರೂ ಅವೆಲ್ಲಾ ಒಂದಲ್ಲಾ ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಾದುರಸ್ತಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೇ ಇರುವುದಾಗಿಯೂ ತಿಳಿಸಿದ. ಆಪರೇಷನ್ ಆಗಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತರ ಹೊಸ ದೆಹಲಿಯ

ರೈಲ್ವೇ ಮಂತ್ರಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೆಲವು ಮೇಲಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೂ ರಿಜಿಸ್ಟರ್ಡ್ ಪತ್ರ ಬರೆದೆ. ಅವರಾರಿಂದಲೂ ಉತ್ತರ ಬರದಿದ್ದುದು ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಇಂದಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ನನ್ನಲ್ಲೇನೂ ಅಚ್ಚರಿಯುಂಟುಮಾಡಲಿಲ್ಲ.

ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಎಂದಿನಂತೆ ಮಗಳ ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡೆವು. ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ಗುರುತರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಾಗ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಂಡದ ಬಗೆಗೆ ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟೊಂದು ನಿಗಾ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಡಾ॥ ವಿಲಿಯಮ್ ನೋಲೆನ್ ಅನುಸರಿಸಿದ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬಹುಶಃ ಅಲ್ಲಿಯ ಮುಕ್ತ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ತಜ್ಞವೈದ್ಯರ ದಕ್ಷತೆ ಅಂತಸ್ತು, ಸ್ಥಾನಮಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಮಾಹಿತಿಗಳು ಇರುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಹಲವು ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದು ಕೊಂಡು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೇನೂ ಕಷ್ಟವಾಗಲಾರದು. ಆದರೆ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯರ ಸಾಧನೆ ಹಾಗೂ ಅನುಕೂಲ-ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳಿರುವುದು ಅಪರೂಪ. ಇದ್ದರೂ ಅವು ಪೂರ್ವಗ್ರಹಪೀಡಿತವಾಗಿಯೋ ಅಥವಾ ಇನ್ಯಾವುದೋ ಉದ್ದೇಶ ಪರಿಗಣನೆಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಕೆಲವೇ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗಳನ್ನು ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೆರಿಕಾಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಜರುಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಕೆಲವು ರಾಜಕಾರಣಿಗಳು, ಶ್ರೀಮಂತರು ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳವರೆಗೂ ಆ ದೇಶಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತಿದ್ದುದುಂಟು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಭಾರತದ ಚೆನ್ನೈ, ಮುಂಬಯಿ, ಹೈದರಾಬಾದು, ದೆಹಲಿ ಮುಂತಾದ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಹಲವು ಹೈಟೆಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಮತ್ತು ಇಂತಹ ಆಪರೇಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ತಜ್ಞರ ತಂಡಗಳೂ ಇವೆ. ಈಗ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲೇ ಇಂತಹ 4-5 ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ದಕ್ಷ ಹಾಗೂ ನುರಿತ ವೈದ್ಯರೂ ಇರುವುದು ಹೆಮ್ಮೆಯ ವಿಷಯ. ಅವುಗಳಾವುದರ ಮೇಲೂ ನನಗಾವ ಪೂರ್ವಗ್ರಹೀತ ಅಥವಾ ನಕಾರಾತ್ಮಕ ಭಾವನೆಗಳಿರಲಿಲ್ಲವೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟಪಡಿಸಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನನ್ನದೇ ಆದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಿರಬಹುದೆಂದು ಹೇಳಬಲ್ಲೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಕಾಲಿನ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಯ ಬದಲಿಗೆ ಧಮನಿಯೊಂದನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಒಲವು ಇರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ಹಿಂದೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಆಸಕ್ತಿ ನನಗಿದ್ದುದರಿಂದ ಆ ಬಗೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ವಿಷಯ ಸಂಗ್ರಹ ಮಾಡುವ ಅವಕಾಶವೂ ನನಗಿದ್ದು ನನ್ನ ಒಲವು ಆ ಕಡೆಗಿತ್ತು. ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಹೃದ್ರೋಗಗಳ ಸರ್ಜನ್ ಡಾ॥ ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರು ಈ ವಿಧಾನದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಣಿತಿ ಉಳ್ಳವರಾಗಿದ್ದರೆಂಬುದು ನನ್ನ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದ ವಿಷಯವಾಗಿತ್ತು. ಆ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಅವರ ಪತ್ರಿಕಾ ಸಂದರ್ಶನಗಳಿಂದ ಓದಿ ತಿಳಿದಿದ್ದೆ. ಅದರಿಂದ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿ ಮತ್ತು ಎಡಭಾಗದ ಒಳಗಿನ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಗಳನ್ನು (ಲೀಮಾ) ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಸಂಪೂರ್ಣ ಧಮನಿ ಮರು-ರಕ್ತನಾಳೀಕರಣದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಗೆ ಅವರೀಗ ಬಹುಪಾಲು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂಬ ವಿಷಯವೂ ನನ್ನ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದುದಾಗಿತ್ತು. ಅದರಿಂದಾಗಿ ಡಾ॥ ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರಿಂದಲೇ

ನಾನು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೆಂಬ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರಲಾಯಿತು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಮತ್ತು ಹಾರ್ಟ್ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ (WOCKHARDT HOSPITAL AND HEART INSTITUTE)ನಲ್ಲಿ ಆಗಬಹುದೆಂದು ಸಹಾ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದೆವು. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕೇವಲ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಎದೆಗೂಡಿನ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಹುಪಾಲು ಮುಡಿಪಾಗಿದ್ದು ಒಳ್ಳೆಯ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸಜ್ಜಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ತಿಳಿದುಬಂದಿತ್ತು. ಡಾ|| ಜವಳಿಯವರೂ ಸಹಾ ಅಲ್ಲೇ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿರುವುದು ಸಹ ಅದಕ್ಕೆ ಒಲವು ನೀಡಿತ್ತೆನ್ನ ಬಹುದು. ಹಿಂದಿನ ಸಾರಿ ನನಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಡಾ|| ಬಿ. ರಮೇಶ್ ಅವರೇ ಆಪರೇಷನ್ ಸಮಯದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದೆಂದೂ ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದೆವು.

ಡಾ|| ವಿವೇಕ ಜವಳಿ (46) : ಕರ್ನಾಟಕದವರೇ ಆಗಿರುವ ಡಾ|| ಜವಳಿಯವರು ಗುಲ್ಬರ್ಗಾದ ಎಂ. ಆರ್. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್. (1974), ದಾವಣಗೆರೆ ಜೆ.ಜೆ.ಎಂ. ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಎಂ.ಎಸ್. (1979), ದೆಹಲಿಯಿಂದ ಡಿ.ಎನ್.ಬಿ. (1980) ಮತ್ತು ಮುಂಬಯಿ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಎಂ.ಸಿ.ಎಚ್. (1984) ಗಳಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ನಂತರ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೆರಿಕಾ, ಸ್ವೀಡನ್, ನೆದರ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್, ಇಟಲಿ, ಪ್ಯಾರಿಸ್, ಪೋರ್ಚುಗಲ್, ಬ್ಯಾಂಕಾಕ್, ಸಿಂಗಪುರ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳ ಉನ್ನತ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕೇಂದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ತರಬೇತಿ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಪಡೆದುಕೊಂಡವರು. ದೇಶ ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳ ಪ್ರಾತ್ಯಕ್ಷಿಕೆಗಳನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಿದ ಅನುಭವವಿರುವವರು. ಹೃದಯ ರೋಗಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವವರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರೆಂಬ ಖ್ಯಾತಿ ಇದೆ. ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ, ಕನಿಷ್ಠ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅತಿಕ್ರಮಿಸಿ ಜರುಗಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಸಂಪೂರ್ಣ ಧಮನೀಕರಣ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ (TARV) ಹಾಗೂ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸದೆ ಅದು ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಂತೆಯೇ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮುಂತಾದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಆದ್ಯ ಪ್ರವರ್ತಕರಲ್ಲೊಬ್ಬರೆನಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಬಳಕೆಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವ ಕೀ ಹೋಲ್ ಸರ್ಜರಿಯನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಅವರೀಗ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು

ದಿನಾಂಕ 13-2-1999ರ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನನ್ನನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡಿದರು. ಪೂರ್ವಭಾವಿಯಾಗಿ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಸಲುವಾಗಿ ರಕ್ತ, ಮೂತ್ರಗಳ ಮಾದರಿ ಗಳನ್ನು ದಾದಿಯರು ಪಡೆದುಕೊಂಡರು. ಎದೆಯ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟವನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಯಿತು. ರೆಸಿಡೆನ್ಸಿ ತರಬೇತಿಯ ಮಹಿಳಾ ವೈದ್ಯೆಯೊಬ್ಬರು ನನ್ನ ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸ ಗಳನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿ ಮಾಹಿತಿ ದಾಖಲು ಮಾಡಿಕೊಂಡರು. ಆ ತನಕ ಜರುಗಿದ್ದ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನೂ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಗಳನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರು.

ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಡಾ|| ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರು – ನಡು ವಯಸ್ಸಿನ ಹೆಚ್ಚು ಎತ್ತರವೂ ಅಲ್ಲದ ತೀರಾ ಗಿಡ್ಡವೂ ಅಲ್ಲದ ಮಧ್ಯಮ ತರಹೆಯ ಆಕರ್ಷಕ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ – ತಮ್ಮ ಹಿಂಬಾಲಕರ ಪುಟ್ಟ ಸೈನ್ಯದೊಡನೆ ಆಗಮಿಸಿದರು. ನಸುನಗುತ್ತಲೇ ಆತ್ಮೀಯವಾಗಿ ಮಾತನಾಡಿಸಿದರು.

ನಾನೊಬ್ಬ ವೈದ್ಯ ಹಾಗೂ ಸರ್ಜನ್ ಆಗಿರುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಕ್ಷೇತ್ರದವನೆಂಬ ವಿಷಯ ಮೊದಲೇ ಅವರಿಗೆ ತಿಳಿದಂತಿತ್ತು. ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗಿನ ನನ್ನ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬಗೆಗೆ ಮತ್ತು ಅನುಭವಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ವಿಚಾರಿಸಿ ತಿಳಿದುಕೊಂಡರು. ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನೊಂದು ಸಾರಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ಹಿಂದೆ ಜರುಗಿಸಿದ್ದ ಇ.ಸಿ.ಜಿ, ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ., ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋ ಗ್ರಾಮ್‌ಗಳ ವರದಿಗಳನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ ಎರಡು ವಾರಗಳ ಹಿಂದೆ ಸಂಭವಿಸಿದ ಹೃದಯಾಘಾತಕ್ಕೆ ನೀಡಿದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿವರಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ನೋಡಿದರು; ಹಾಗೂ ಸ್ಥೂಲವಾಗಿ ನನ್ನ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನೂ ಮಾಡಿದರು. ಬಹುಶಃ ಅವೆಲ್ಲವುಗಳಿಂದ ದೊರೆತ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನಾಧರಿಸಿ ನನಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ಬಗೆಗೆ ಎರಡು ಮಾತುಗಳಿಲ್ಲವೆಂದು ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪಟ್ಟರು. ಹಿಂದೆ ನನಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿ ಆರು ತಿಂಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಸಂದುಹೋಗಿದ್ದರಿಂದ, ಮುಂದುವರಿದ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಬಗೆಗೂ ಈಗ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ; ಅದರ ಸಲುವಾಗಿ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಮೊದಲು ಇನ್ನೊಂದು ಸಾರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಿಸುವುದು ಉಚಿತ ಎಂದು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದರು.

ಮಾತುಕತೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಇರುವ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಾನೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದೆ. ಆ ತನಕ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಶಿರೆ (ಕಾಲಿನ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ)ಯ ಬದಲಿಗೆ ಧಮನಿಯೊಂದನ್ನು ಇಷ್ಟ ಪಡುವುದರ ಹಿಂದಿನ ಲಾಭಾಂಶಗಳ ಬಗೆಗೂ ವಿಚಾರಿಸಿದೆ. ಆ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗು ತ್ತಿರುವುದರ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಡಗಿರುವ ತಾತ್ವಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಅವರು ವಿವರಿಸಿ, ಪ್ರಪಂಚ ದಾದ್ಯಂತ ಧಮನಿಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದರು. (ಈ ಬಗೆಗಿನ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನು ಈ ಹಿಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯದಲ್ಲಿ ಚರ್ಚಿಸಲಾಗಿದೆ). ಅವರೀಗ ಕಾರೋ ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಎಡಗೈನ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯ ಬಳಕೆಯನ್ನೇ (ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಗಳ ಜೊತೆ ಸೇರಿಸಿ) ಪ್ರಮುಖ ವಿಧಾನವಾಗಿ ಆಚರಿಸುತ್ತಿದ್ದು ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿನ ಒಳ್ಳೆಯ ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ಅವರು ವಿಶೇಷ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಸಹಾ ಪಡೆದು ಕೊಂಡಿರುವರೆಂದು ಹೇಳಿದರು.

ಡಾ॥ ಬಿ. ರಮೇಶ್ ಅವರು ಅಂದು ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಬಂದು ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ನನಗೆ ತೀವ್ರ ಹೃದಯಾಘಾತ ಸಂಭವಿಸಿದ್ದರ ಬಗೆಗೆ ವಿಷಾದಿಸಿದರು. ಅವರೊಮ್ಮೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರಲ್ಲದೆ ಡಾ॥ ಜವಳಿ ಯವರು ಸೂಚಿಸಿದಂತೆ ಮತ್ತೊಂದು ಸಾರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದನ್ನು ಒತ್ತಿಹೇಳಿದರು.

ಆ ದಿನ ಸಾಯಂಕಾಲವೇ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದರು. ಈ ಸಾರಿ ಎಡಗಡೆಯ ಫೆಮೊರಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಬಳಸಿಕೊಂಡರು. ಅದರ ಅನುಭವಗಳೆಲ್ಲಾ ಬಹುಪಾಲು ಹಿಂದಿನ ರೀತಿಯವೇ ಆದುದರಿಂದ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ವಿವರಿಸುವುದನವಶ್ಯಕ. ಫಲಿತಾಂಶ ಬಹುಪಾಲು ಹಿಂದಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೇ ಇದ್ದು ಈ ಸಾರಿ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾಗಿತ್ತಂತೆ.

ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮುಗಿದು ವಾರ್ಡಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ

ಆಪರೇಷನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಕೆಯುಂಟುಮಾಡುವ ಡಾ॥ ಮುರಳಿ ಚಕ್ರವರ್ತಿಯವರು ಬಂದು ಆತ್ಮೀಯವಾಗಿ ಮಾತಾಡತೊಡಗಿದರು. ಅವರಾಗಲೇ ಹಿಂದೆ ನನ್ನ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿದ್ದ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞರೊಬ್ಬರಿಂದ ನನ್ನ ಬಗೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ತಿಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದರೆಂಬುದು ಅವರೊಡನೆ ಮಾತನಾಡುವಾಗ ವೇದ್ಯವಾಗುವಂತಿತ್ತು. ಸ್ವಲ್ಪ ನೀಳಕಾಯದ ಸಮಕಟ್ಟಾದ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದ ಡಾ॥ ಚಕ್ರವರ್ತಿಯವರು ಸ್ನೇಹಮಯ ಹಾಗೂ ಲಘು ಹಾಸ್ಯ ಮನೋಭಾವ ಉಳ್ಳವರಂತೆ ಕಂಡರು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸುವವರಿಗೆ ನೀಡುವ (Endotracheal) ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಅರಿವಳಿಕೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರಣೆ ನೀಡಿದರು. ನನಗೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ತೊಡಕುಗಳಿರಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಬೇರಾವ ವಿಶೇಷ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸದೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಉಸಿರು ನಾಳದ ಮೂಲಕ ನೀಡುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನೇ ನೀಡುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದರು. ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವುದರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸುವುದಾಗಿಯೂ, ನಾನು ಯಾವುದರ ಬಗೆಗೂ ಆತಂಕಪಡುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲವೆಂದು ಭರವಸೆ ಇತ್ತರು.

ಆಂಜಿಯೋಗ್ರಫಿಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿದ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಆ ದಿನ ರಾತ್ರಿ ಮತ್ತೆ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಬಂದು, ಅದರ ಬಗೆಗೆ ವಿವರಣೆ ನೀಡಿದರು ಹಾಗೂ ಆ ದಿನ ಬೆಳಗಿನಿಂದ ಜರುಗಿಸಿದ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವರದಿಗಳೂ ಸಹ ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಅವುಗಳೆಲ್ಲಾ ಸಹಜ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಹೇಳಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೊಂದು ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ಅಂದರೆ ಫೆಬ್ರವರಿ 15 ಸೋಮವಾರದಂದೇ ನನಗೆ ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸುವ ಬಗೆಗೆ ಅವರು ಮತ್ತು ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರು ತೀರ್ಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದರು. ಈ ರೀತಿಯ ಹಠಾತ್ ನಿರ್ಧಾರ ನಮ್ಮನ್ನೆಲ್ಲಾ ಚಕಿತಗೊಳಿಸಿತು. ನನಗೆ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇರುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ಒಂದು ಸ್ಥಿಮಿತಕ್ಕೆ ತಂದನಂತರ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂಬುದು ನನ್ನ ಭಾವನೆಯಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಉತ್ತಮ ತರಹೆಯ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಮತ್ತಿತರ ಅನುಕೂಲತೆಗಳಿಂದ ಆ ಬಗೆಗೆ ಆತಂಕಪಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲವೆಂದು ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಭರವಸೆ ನೀಡಿದರು. ಮರುದಿನ ಭಾನುವಾರವಾಗಿದ್ದು ಆಪರೇಷನ್ ಬಗೆಗೆ ಹೊಂದಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಹಲವು ಏರ್ಪಾಡುಗಳ ಬಗೆಗೂ ಆತಂಕಗಳಿದ್ದವು. ಆ ಬಗೆಗೆ ಡಾ॥ ಭೋಜರಾಜ್ ಮತ್ತವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಮುಂದಾದರು. ಅಂತೂ ಅವರೆಲ್ಲರ ಭರವಸೆಯ ಮೇಲೆ ಸೋಮವಾರವೇ ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸಲು ಸಮ್ಮತಿ ನೀಡಿದೆವು.

ಮರುದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಮಹಿಳಾ ಆಹಾರ ವಿಜ್ಞಾನಿಯೊಬ್ಬರು, ನನ್ನ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಗ್ಲುಕೋಸ್ ಮಟ್ಟಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿದರು. ಅಲ್ಲದೆ ಅವೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದಲೇ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆಂದರು ಹಾಗೂ ಆ ಕ್ಷಣದಿಂದಲೇ ಆಹಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲು, ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ನಂತರ ಹೀಗೆ ಹಲವು ಬಾರಿ ರಕ್ತಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿ, ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕನುಸಾರ ನೀಡಬೇಕಾದ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ ಕೇಸ್‌ಷೀಟ್ ಮೇಲೆ ದಾಖಲು ಮಾಡಿಹೋದರು.

ಆಪರೇಷನ್ ನಂತರ ನನ್ನ ಉಸಿರಾಟ, ಚಲನವಲನಗಳ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಫಿಸಿಯೋ ಥೆರಪಿಸ್ಟ್ ಒಬ್ಬರು ಬಂದು ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿಹೋದರು. ರೆಸಿಡೆಂಟ್ ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಂದು ನಾಡಿ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡಗಳನ್ನು ನೋಡಿ, ನನ್ನ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ವಿಚಾರಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಆಪರೇಷನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೀಡಬೇಕಾಗುವ ರಕ್ತದ ಬಗೆಗೂ ಪ್ರಯತ್ನಗಳಾದವು.

ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲೇ ಪರಿಚಿತರಾದ 2-3 ಜನರ ರಕ್ತ ನನಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾದವು. ಆದರೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ನೀಡುವ ಮೊದಲು ದಾನಿಗಳಿಗೆ 'ಏಡ್ಸ್' ಮತ್ತು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್-ಬಿ ಸೋಂಕುಗಳ ಬಗೆಗೂ ತಪಾಸಣೆಗಳು ಜರುಗಬೇಕಿತ್ತು. ಇನ್ನು ಊರಿಂದ ಬಂದ ಮೇಲೆ ನನ್ನ ಮಗ ಶ್ರೀನಿವಾಸನ ರಕ್ತವನ್ನು ನೀಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇತ್ತು.

ಹಿಂದಿನ ರಾತ್ರಿ ಸೋಮವಾರವೇ ಆಪರೇಷನ್ ಬಗೆಗೆ ನಿರ್ಧಾರವಾದುದನ್ನು ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅಲ್ಲಿಂದ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಸಂಬಂಧಿಕರು ಕೂಡಲೇ ಹೊರಟುಬರುವ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅವರಲ್ಲೂ ಈ ದಿಢೀರ್ ನಿರ್ಧಾರ ಗಾಬರಿ ಉಂಟುಮಾಡಿರಬೇಕು. ಬಹುಪಾಲು ಅವರೆಲ್ಲಾ ಭಾನುವಾರ ಸಾಯಂಕಾಲದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಬಂದು ತಲುಪಿದರು.

ಸಂಜೆಯ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ ತಿಕ್ಕಿ ಉಜ್ಜಿ ಸ್ನಾನ ಮಾಡುವ ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ್ದರು. ಅದನ್ನೂ ಮುಗಿಸಿದ್ದಾಯಿತು. ರಾತ್ರಿ ಎಂಟೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ಲಘು ಉಪಾಹಾರ ಮಾಡಿಸಿದರು. ಸುಮಾರು ಹತ್ತೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ಎನಿಮಾ ನೀಡಿ ಕರುಳನ್ನು ಖಾಲಿ ಮಾಡಿಸಿದರು; ಹನ್ನೊಂದು ಗಂಟೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಸರಿಯಾಗಿ ನಿದ್ರಿಸಲು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ನೀಡಿದರು. ಆ ದಿನ ರಾತ್ರಿ ಒಳ್ಳೆಯ ನಿದ್ರೆಯೂ ಬಂದಿತು.

ಮರಣೋತ್ತರದ ಯೋಚನೆ-ಯೋಜನೆಗಳು !

ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವರಲ್ಲಿ ಅದರಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ನೋವು, ಆಪರೇಷನ್‌ನ ಅಂತಿಮ ಪರಿಣಾಮ, ಬದುಕಿ ಉಳಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವೇ ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಆತಂಕ, ಗಾಬರಿಗಳಿರುವುದು ಸಹಜ. ಸ್ವತಃ ವೈದ್ಯನಾಗಿದ್ದರೂ ನಾನೇನು ಅವುಗಳಿಗೆ ಹೊರತಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾಗಿ ಭಯಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಸುಪ್ತವಾಗಿದ್ದ ಆತಂಕ ನನ್ನನ್ನು ಕಾಡಿಸದೆ ಬಿಡಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಹೊರಗಡೆ ಶಾಂತವಾಗಿ ಇರುವಂತೆ ನಟಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ! ಆಪರೇಷನ್‌ನ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳು, ಪರಿಣಾಮ ಯಶಸ್ಸಿನ ಬಗೆಗೆ ನನಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಜ್ಞಾನವೇನೋ ಇತ್ತು. ಹಾಗೆಯೇ ಅಂತಹ ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವವರಿಗೆ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದ ತೀರಾ ಅಪರೂಪದ ಘಟನೆಗಳು ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಸುಪ್ತ ಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ಹೊರಬರುವುದೂ ಅಪರೂಪವಲ್ಲ. ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರು ಅದೆಷ್ಟೇ ದಕ್ಷತೆಯಿಂದ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸಿದ್ದರೂ, ಅರಿವಳಿಕೆ ಮತ್ತಿತರ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳೂ ಅದೆಷ್ಟೇ ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಜರುಗಿದ್ದರೂ, ಆಪರೇಷನ್ ಮುಗಿದ ನಂತರ ರೋಗಿಯ ಹೃದಯ ಪುನಃ ಕಾರ್ಯಾರಂಭ ಮಾಡದೇ ಸಾವಿನಲ್ಲಿ ಪರ್ಯವಸಾನಗೊಂಡ ತೀರಾ ಅಪರೂಪದ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಸಂಭವಿಸುವುದುಂಟು. ಕೆಲವು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯಲ್ಲೇ ಸುಪ್ತವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಒಂದು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದಲೋ ಇಲ್ಲವೆ ಆಪರೇಷನ್ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗಿರ ಬಹುದಾದ ಕಿಂಚಿತ್ ಲೋಪದೋಷದಿಂದಲೋ ಹೃದಯ ಪುನಃ ಕಾರ್ಯಾರಂಭ ಮಾಡದಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ಬಹುಪಾಲು ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ಕಾರಣದಿಂದ ಹಾಗಾಯಿತೆಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಹೇಳಲಾಗದು. ಬಹುಶಃ ಇಂತಹ ಅನುಮಾನ ವೈದ್ಯರಾದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಕಾಡಿಸುವಷ್ಟು ಬೇರೆಯವರನ್ನು ಬೆನ್ನು ಹತ್ತಲಾರದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ನಾನಾಗಲೇ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವಮಾನದ ಎಪ್ಪತ್ತರ ದಶಕದ ಹೊಸ್ತಿಲಿನಲ್ಲಿದ್ದು ಜೀವನದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೋ ಇಷ್ಟೋ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಿದ ಸಂತೃಪ್ತಿ ಇತ್ತೆಂದುಕೊಳ್ಳಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ನನ್ನ ಮೂರು ಗಂಡು ಮಕ್ಕಳು

ಗೌರವಯುತವಾದ ಉದ್ಯೋಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿದ್ದು ಒಳ್ಳೆಯ ಜೀವನ ನಡೆಸುವರೆಂಬ ಭರವಸೆ ನನಗುಂಟಾಗಿತ್ತು; ಮೂರು ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ಮದುವೆಯಾಗಿ ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರೂ ಸಹ ಸುಖವಾಗಿ, ಗೌರವಯುತ ಜೀವನ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದರು. ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾಧನೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಅತಿಯಾದ ಆಸೆಗಳಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಸಾಹಿತ್ಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಯೋಜನೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಹುದುಗಿಕುಳಿತಿದ್ದ ಕೆಲವನ್ನು ಪೂರೈಸಲಾಗದಿದ್ದುದಕ್ಕೆ ಒಂದು ರೀತಿಯ ನಿರಾಶಾಭಾವನೆ ಇತ್ತೆನ್ನಬಹುದು.

ಇವೆಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ನಾನೇನಾದರೂ ಅಸುನೀಗಿದರೆ ಮುಂದೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾದ ಅಂತ್ಯಕ್ರಿಯೆಗಳ ಬಗೆಗೇ ನನ್ನ ಯೋಚನೆಗಳು ಆ ದಿನ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿದ್ದವೆಂದರೆ ಕೆಲವರಿಗಾದರೂ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗಬಹುದು. ನಮ್ಮ ಮತ ಹಾಗೂ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಆಚರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆಯ ಸಂಸ್ಕಾರಗಳು ಇತ್ತೀಚಿನ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಜಿಗುಪ್ಸೆ ಹುಟ್ಟಿಸಿದ್ದವು. ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಷಯ ಅಭ್ಯಾಸ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ನನ್ನಲ್ಲಿ ವೈಚಾರಿಕ ಭಾವನೆಗಳು ಮೈಗೂಡಿಕೊಂಡಿದ್ದವು. ಆದರಿಂದ ದೈವ, ದೇವರುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯ ಬಗೆಗೆ ನಂಬಿಕೆ ಹೋದ ನಾಸ್ತಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯವನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಂಡಿದ್ದೆನೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು; ದೇವಸ್ಥಾನಗಳಿಗೆ ಹೋಗುವುದಾಗಲೀ, ಪೂಜೆ ಪುನಸ್ಕಾರಗಳಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಾಗಲೀ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನನ್ನಿಂದಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಸತ್ತ ನಂತರ ಜರುಗಿಸುವ ಅರ್ಥವಿಲ್ಲದ ಸಂಸ್ಕಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ನನ್ನ ತೀವ್ರ ವಿರೋಧವಿತ್ತು. ಸ್ವರ್ಗ ನರಕಗಳೆಂಬ ತಾಣಗಳಿವೆಯೋ ಎಂಬುದು ನಂಬಲರ್ಹವಲ್ಲ; ಸತ್ತವರ ಆತ್ಮಕ್ಕೆ ಸ್ವರ್ಗ ಇಲ್ಲವೆ ನರಕ ಪ್ರಾಪ್ತಿಯಾಗುವುದು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನದ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮಾಡಿರಬಹುದಾದ ಒಳ್ಳೆಯ ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಟ್ಟ ಕಾರ್ಯಗಳಿಂದ ಎಂಬುದನ್ನು ಬಹುಪಾಲು ಜನ ನಂಬುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿ ಸತ್ತನಂತರ ಅವನ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ಹೆಂಡತಿ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತಿತರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಜರುಗಿಸುವ ಪೂಜೆ, ಶಾಂತಿ, ದಾನ, ಧರ್ಮ ಪುಣ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಭಸ್ಮ, ಪಿಂಡ ಪ್ರದಾನ ಮುಂತಾದವು ಎಷ್ಟರಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ನಾ ನಂಬಲಾರೆ. ಆದರಿಂದ ನಾನೇನಾದರೂ ಗತಿಸಿದರೆ ಅಂತಹ ಸಂಸ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಲೇಬಾರದೆಂಬುದು ನನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿತ್ತು. ಅದನ್ನು ಪ್ರತಿಪಾದಿಸಿ ಸ್ನೇಹಿತರೊಡನೆ ಚರ್ಚಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ.

ಈ ವಿಷಯವನ್ನು ನನ್ನ ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿ ಯಾರೊಂದಿಗಾದರೂ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದೆ. ಶನಿವಾರ ಮಧ್ಯಾಹ್ನ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಯಾರೂ ಇಲ್ಲದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಮಗ ಶಂಕರಮೂರ್ತಿಯ ಹತ್ತಿರ ನಾನೇನಾದರೂ ಅಸುನೀಗಿದರೆ ಏನೇನು ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ಹೊರಗೆಡಹಿದೆ. ನನ್ನ ಶವವನ್ನು ಶಿವಮೊಗ್ಗಾ ಅಥವಾ ಕುಪ್ಪಳಿಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯದೆ, ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲೇ ವಿದ್ಯುತ್ ಚಿತಾಗಾರದಲ್ಲಿ ಭಸ್ಮೀಕರಿಸಬೇಕೆಂದು ಹೇಳಿದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ನಂತರ ದೊರೆಯುವ ಬೂದಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ನದಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ ನೀರನ್ನು ಕಲುಷಿತಗೊಳಿಸಬಾರದೆಂದೂ ತಿಳಿಸಿದೆ. ಅವರಿಗೆ ಸಮಂಜಸವೆನಿಸಿದರೆ ಅದನ್ನು ತೋಟದ ಮರಗಳ ಬುಡದಲ್ಲಿ ಹಾಕಿ ಅವು ಫಲವತ್ತಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಾಯಮಾಡಬಹುದೆಂದು ಸೂಚಿಸಿದೆ. ಈ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲದೆ ನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೂಢಿಯಂತೆ ಜರುಗಿಸುವ ಸೂತಕ, ವೈಕುಂಠ ಸಮಾರಾಧನೆಯಂಥ ಉತ್ತರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನೂ ಜರುಗಿಸಬಾರದೆಂದು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ನನ್ನ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಹೇಳಿದೆ. ಅವನಿಗೆ ನಾನು ಹೇಳಿದುದನ್ನೆಲ್ಲಾ ಸಂಬಂಧಿಕರು ತಿರಸ್ಕರಿಸಿ ಎಂದಿನ ರೂಢಿಯ ಅಂತ್ಯಕ್ರಿಯಾ ಸಂಸ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನವೂ

ಬಂದಿತು. ಹಾಗಾಗಿ ಆ ವಿಷಯಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಂದು ಕಾಗದದಲ್ಲಿ ಬರೆದು ತಲೆದಿಂಬಿನ ಕೆಳಗಿಟ್ಟು ಆ ರಾತ್ರಿ ನಿದ್ದೆ ಮಾಡಿದೆ !

ಈ ತನಕ ವಿವರಿಸಿದ ನನ್ನ ಆತಂಕ, ಅನುಮಾನಗಳೆಲ್ಲಾ ಹುಸಿಯಾದವು. ಆಪರೇಷನ್ ಮುಕ್ತಾಯವಾದ ನಂತರ ನನ್ನ ಹೃದಯ ಯಾವುದೇ ತಂಟೆ ತಕರಾರು ಮಾಡದೆ ಬಡಿದು ಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸಿತಂತೆ ! ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಮುಗಿದನಂತರ ನಿದ್ರೆಯಿಂದ ಎಚ್ಚೆತ್ತವನಂತೆ ಸಲೀಸಾಗಿ ಎಚ್ಚರವಾದೆ. ನಾನು ಬರೆದಿಟ್ಟ ಲಿಖಿತ ಆಶಯದ ಕಾಗದ ಇನ್ನೂ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದೆ !

15-2-1999

ಅಂತೂ ಬಹಳ ದಿನಗಳ ಡೋಲಾಯಮಾನದ ಸ್ಥಿತಿ ಕಳೆದು ಅಂತಿಮ ನಿರ್ಧಾರದ ದಿನ ಬಂದೇಬಿಟ್ಟಿತು. ಬೆಳಗಿನ 5-30 ಗಂಟೆಗೆ ಎಚ್ಚರವಾಯಿತು. ಮುಖಮಜ್ಜನ ಮುಂತಾದ ನಿತ್ಯ ಕರ್ಮಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಮುಗಿಸಿದೆ. ಮನಸ್ಸಿನ ಅಂತರಾಳದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ದುಗುಡವಿದ್ದಿತಾದರೂ ಹೊರಗಡೆ ಹಸನ್ಮುಖಿಯಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತಿದ್ದೆ. ನೆರೆದಿದ್ದ ಬಂಧು ಬಾಂಧವರಿಗೆ ನಾನೇ ಧೈರ್ಯ ತುಂಬುವ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡುತ್ತಲೂ ಇದ್ದೆ. ನನ್ನ ಆಪರೇಷನ್ ಬೆಳಗಿನ ಏಳೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ನಿಗದಿಯಾಗಿದ್ದು , ದಾದಿಯೊಬ್ಬಳು ಆರೂವರೆ ಗಂಟೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸುವ ಮೊದಲು ವಾಡಿಕೆಯಂತೆ ಕೊಡುವ 'ಮುನ್ನೀಡಿಕೆಯ ಮದ್ದಿನ' ಇಂಜಕ್ಷನ್ (Premedication) ನೀಡಿಹೋದಳು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿ ನೆರೆದಿದ್ದವರೊಡನೆ ಬೀಳ್ಕೊಡಿಗೆಯ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡುತ್ತಿರುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ, ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರಿಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವವರು ತಳ್ಳು ಗಾಲಿಮಂಚದೊಂದಿಗೆ ಹಾಜರಾದರು. ಹಾಸಿಗೆಯಿಂದ ಎತ್ತಿ ತಳ್ಳು ಗಾಲಿ ಮಂಚದ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದ್ದು ಮಸುಕು ಮಸಕಾಗಿ ಜ್ಞಾಪಕವಿರುವಂತಿದೆ. ನೀಡಿದ ಮುನ್ನೀಡಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಮುಂದೆ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್ ತಲುಪಿದ್ದಾಗಲೀ, ಮುಂದೆ ಏನೆಲ್ಲಾ ಜರುಗಿತೆಂಬುದರ ಅರಿವೆಯೇ ನನಗಿಲ್ಲ! ಈಗ ನಾನು ದಾಖಲಿಸುತ್ತಿರುವ ಆಪರೇಷನ್‌ನ ವಿವರಣೆಗಳೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಅನುಭವದವಲ್ಲ. ಮುಂದಿನ ಸುಮಾರು ಮೂರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ನನ್ನ ವೈದ್ಯ ಮಿತ್ರರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರ ಸಮ್ಮತಿಯಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಹಾಜರಿದ್ದು ವೀಕ್ಷಿಸಿದ ಅನುಭವವನ್ನು ಆಧರಿಸಿ ಬರೆದುದಾಗಿದೆ.

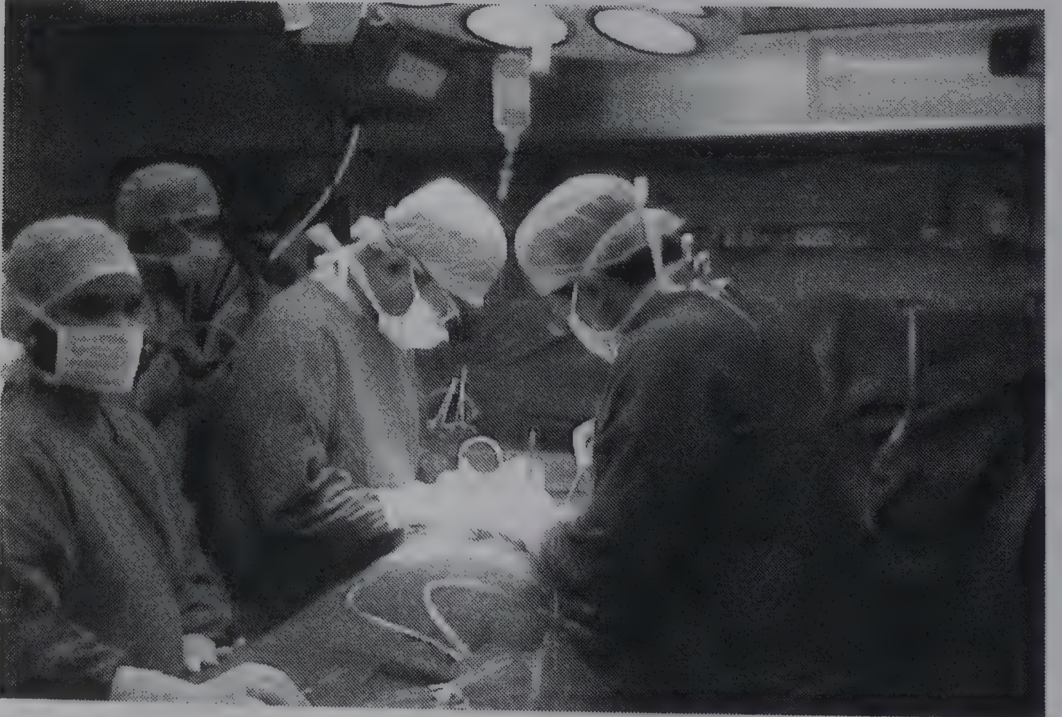
ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್

ಇನ್ನು ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ನಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದ ವೃತ್ತಾಂತಗಳತ್ತ ಗಮನಹರಿಸೋಣ.

ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್ ಅಷ್ಟೇನೂ ವಿಶಾಲವಾಗಿತ್ತೆನ್ನುವ ಹಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶದಲ್ಲಿ ಸಾಧನ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಒಪ್ಪ ಓರಣವಾಗಿ ಜೋಡಿಸಲಾಗಿತ್ತು. ಅದರ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆಪರೇಷನ್ ಟೇಬಲ್; ಅದರ ಮೇಲೆ ಸುತ್ತ ಮುತ್ತ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಸಾಧನ, ಸಲಕರಣೆ, ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳ ಸಾಲು ಸಾಲು; ಹಲವು ಟ್ಯೂಬುಗಳು, ಅನಿಲಗಳ ಸಿಲಿಂಡರುಗಳು, ಗಾಜಿನ ಮೀಟರುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ್ದ ಅರಿವಳಿಕಾ ಯಂತ್ರ; ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳನ್ನು ಪರದೆಯಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರಿಸುವ ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರ್

ಯಂತ್ರಗಳು ಒಂದು ಕಡೆ; ಇನ್ನು ರಕ್ತವನ್ನು ಆಮ್ಲಜನಿಕೀಕರಿಸಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸುವ ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸಲಕರಣೆ; ವಿದ್ಯುತ್ ಕಾಟರಿ (ವಿದ್ಯುತ್ ಚಿಟಿಕೆ ಸಾಧನ) ಮುಂತಾದವೆಲ್ಲಾ ನೆಲೆಯಾಗಿದ್ದವು. ಮೇಲು ಛಾವಣಿಯಿಂದ ವಿವಿಧ ದಿಕ್ಕುಗಳಿಂದ ಬೆಳಕು ಹಾಯಿಸುವ ದೀಪಗಳ ವಿನ್ಯಾಸಗಳ ತೂಗಾಟ ಕೂಡ. ತಂಪಾದ ಹವಾ ನಿಯಂತ್ರಿತ ವಾತಾವರಣ (ಚಿತ್ರ 18). ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೇಳಿ ಬರುತ್ತಿರುವ ವೀಣಾವಾದನ; ಬಹುಶಃ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಏಕತಾನತೆಯನ್ನು ತೂರಿಬರುವ ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರ್ ಮುಂತಾದ ಯಂತ್ರಗಳಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಗಡಿಯಾರಗಳಂತೆ ಕ್ರಮವರಿತು ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಶಬ್ದ ಕೇಳಿಬರುವುದಾದರೂ ಅಲ್ಲೊಂದು ತರಹೆಯ ನಿಶ್ಶಬ್ದವೇ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಂತಿತ್ತು. ಒಂದೇ ಸಮನೆ ರಾಗಾಲಾಪದಿಂದ ಉಲಿದು ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಸಂಗೀತದ ನಿನಾದ ಅಲ್ಲಿಯ ವಾತಾವರಣಕ್ಕೆ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಪ್ರಶಾಂತತೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಿದಂತಿತ್ತು. ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗುವ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರು, ಸಹಾಯಕರು ಇನ್ನಿತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರ ಗುಂಪು ಅಲ್ಲಿತ್ತಾದರೂ ಅವರ ಚಲನ ವಲನಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಒಂದು ಕ್ರಮಾನುಸಾರವಾಗಿ, ಮೆಲುದನಿಯ ಮಾತುಗಳಿಂದಲೇ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಪರ್ಕ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಸದ್ದುಗದ್ದಲ, ಗಡಿಬಿಡಿಗಳಿಗಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲ.

ಅಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾದವರೆಲ್ಲರೂ ಗುರುತರವಾದ ಕಾರ್ಯ ಸಾಧನೆಯೊಂದರಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡವರಂತೆ ತುಂಬಾ ಗಂಭೀರತೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಅಲ್ಲಿಯ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಯಾಂತ್ರಿಕತೆಯ ಶಿಸ್ತು ಎದ್ದು ಕಾಣಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಅಂತಹ ಪೂರ್ವ ನಿಯೋಜಿತ ಏರ್ಪಾಡುಗಳು ಆಪರೇಷನ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಅಡೆತಡೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಸಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವೆಂದು ಬೇರೆ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಗಗನ ನೌಕೆ ಯೊಂದನ್ನು ಬಾಹ್ಯಾಂತರಿಕ್ಷಕ್ಕೆ ಹಾರಿಬಿಡುವ ಮೊದಲ ಸಿದ್ಧತೆಯ ಎಣಿಕೆ ಆರಂಭವಾಗುವಾಗಿನ ಸನ್ನಿವೇಶ ಅಲ್ಲಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಿತ್ತೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಾಗಲಾರದು.



(ಚಿತ್ರ, 18) ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್

ಆಪರೇಷನ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಆರಂಭವಾಗುವ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಗಿ ಪ್ರಧಾನ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞ ಡಾ|| ಮುರಳಿ ಚಕ್ರವರ್ತಿಯವರ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ರೋಗಿಯ ತೋಳಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಿ ಡ್ರಿಪ್ ನಳಿಕೆಯ ಮೂಲಕ ಕೆಲವು ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸಿರಿಂಜ್ ಮೂಲಕ ನೀಡಲಾರಂಭಿಸಿದರು. ಅವನು ಕ್ರಮೇಣ ನಿಶ್ಚೇತನಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಡಾ|| ಚಕ್ರವರ್ತಿಯವರು ರೋಗಿಯ ಬಾಯಿ ತೆರೆಯಿಸಿ ಗಂಟಲು ಮೂಲಕ ಉಸಿರುನಾಳದೊಳಗಡೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಅದರ ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಅರಿವಳಿಕಾ ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸಿದರು. ಮುಂದೆ ರೋಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಶ್ಚೇತನಗೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಒಡನೆಯೇ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ನ ಸಹಾಯಕನೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಎರಡೂ ಕೈ ಮತ್ತು ಕಾಲುಗಳ ವಲಯಗಳನ್ನು ರೇಜರ್ ಬ್ಲೇಡಿನಿಂದ ಹೆರೆದು, ಕೂದಲುಗಳಿಂದ ವಿಮುಕ್ತಿಗೊಳಿಸುತ್ತಾನೆ. ಕೈಗಳನ್ನು ಶುಚಿ ಮಾಡಿ ಗವಸು ಧರಿಸಿದ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ಮೂತ್ರನಾಳದೊಳಗಡೆ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಕೆಥೀಟರನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಸಂಗ್ರಹವಾಗಿದ್ದ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಅದರ ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸುತ್ತಾರೆ; ಮೂತ್ರ ಅದರಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಅಷ್ಟರಲ್ಲಿ ಡಾ|| ಜವಳಿಯವರ ಪ್ರಧಾನ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರೊಬ್ಬರು ಮತ್ತು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಶುಚಿರ್ಭೂತರಾಗಿ, ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಗವಸುಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿಕೊಂಡು ರೋಗಿಯ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಮೊದಲಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಎದೆಗೂಡು ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ದ್ರಾವಣವನ್ನು ಬಳಿದು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿದರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದ ಎದೆಯ ಮಧ್ಯಭಾಗವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ರೋಗಿಯ ಉಳಿದೆಲ್ಲಾ ವಲಯಗಳನ್ನು ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆಗಳಿಂದ ಮುಚ್ಚಿದರು.

ಮುಂದೆ ಪ್ರಧಾನ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರು ಎದೆಯ ನಡುವೆ ಕುತ್ತಿಗೆಯ ಕೆಳಭಾಗದಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲುಭಾಗದವರೆಗೂ ಉದ್ದನೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದರು. ಒಡನೆಯೇ ಎದೆಯ ಚಕ್ಕೆ ಮೂಳೆ ಗೋಚರಿಸುವಂತಾಯಿತು. ಅದನ್ನು ವಿದ್ಯುತ್ ಚಾಲಿತ ಪುಟ್ಟ ಗರಗಸದಿಂದ ಉದ್ದವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿದರು. ಅದರಿಂದ ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಳಭಾಗ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿತು. ಆ ವಲಯವನ್ನು ಅಗಲಿಸಲು ಯಾಂತ್ರೀಕೃತ 'ಸೆಳೆದಿಡಿಕ' (retractor)ವನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಬಾಯಿ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಳಗೆ ಇರುವ ಎರಡು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು, ಹೃದಯ ಮತ್ತದರ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಗೋಚರವಾದವು. ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಉಸಿರಾಟದಿಂದಾಗಿ ಉಬ್ಬಿ-ಕುಗ್ಗುತ್ತಿರುವುದು ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಬಡಿದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ತೀರಾ ಹತ್ತಿರದಿಂದ ನೋಡಬಹುದಾಗಿತ್ತು. ಸದ್ಯಕ್ಕೆ ಅವುಗಳನ್ನು ನೀರಿನಿಂದ ಒದ್ದೆ ಮಾಡಿದ ಬಟ್ಟೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಿಟ್ಟರು.

ಆಪರೇಷನ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯು ಮುಂದೆ ಇನ್ನೊಂದು ವಲಯಕ್ಕೆ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಯಿತು. ಅದು, ಮುಂದೆ ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಬೇಕಾಗುವ ಎಡಗಡೆಯ ಒಳ ಮ್ಯಾಮರಿ ಧಮನಿಯನ್ನು 'ಲೀಮಾ' ಎದೆಗೂಡಿನಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯ. ಎಡಗಡೆಯ ಸಬ್‌ಕ್ಲೇವಿಯನ್ ಧಮನಿ ಚಕ್ಕೆ ಮೂಳೆಯ ನೇರಕ್ಕೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದಲ್ಲಿ ಎದೆಗೂಡಿನ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡೇ ಅಲ್ಲಲ್ಲಿ ಟಿಸಿಲುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾ ಕೆಳಮುಖವಾಗಿ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಗಾಯಪಡಿಸದಂತೆ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಸುತ್ತಲ ಊತಕಗಳಿಂದ ಬಿಡಿಸಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದರ

ಮೇಲಿನ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಸಬ್‌ಕ್ಲೇವಿಯನ್ ಧಮನಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಮುಂದುವರಿಯಲು ಬಿಟ್ಟು ಅದರ ಕೆಳ ತುದಿಯನ್ನು ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಎಡೆಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ, ರಕ್ತ ಒಸರದಂತೆ ಮುಚ್ಚಿಡುತ್ತಾರೆ.

ಈ ಕಾರ್ಯ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರು ಎಡ ಮೊಳಕೈನಿಂದ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಬಿಡಿಸಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಗ್ನರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಣಿಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ನಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಮುಟ್ಟಿ ನೋಡುವುದು ಈ ಧಮನಿಯನ್ನೇ. ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದ ನಂತರ ಎಡಗೈಯಲ್ಲಿ ನಾಡಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲು ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮೊದಲಿಗೆ ಇಡೀ ಎಡ ಮೊಳಕೈಯನ್ನು ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿ, ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡುವ ಜಾಗವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಶುದ್ಧವಾದ ಬಟ್ಟೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಮೊಣಕೈ ಕೀಲಿನ ಹಂತೆದಿಂದ ಮಣ್ಣಿಕಟ್ಟಿನ ತುದಿಯವರೆಗೂ ಮುಂದೋಳಿನ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿದರು. ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಸ್ನಾಯುಗಳನ್ನು ನಯವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆರೆದಿಡಲಾಯಿತು. ಅದರ ಎರಡೂ ತುದಿಗಳನ್ನು ದಾರಗಳಿಂದ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿ ನಡುವಿನ ಅಂತರದ ಉದ್ದನೆಯ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು, ಹೆಪಾರಿನ್ (Heparin) ದ್ರಾವಣವಿರುವ ಪುಟ್ಟ ಬೋಗುಣಿಯಲ್ಲಿ ಮುಳುಗಿಸಿಡಲಾಯಿತು.

ಆ ತನಕ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ನಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದ ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರು ಶುಚಿರ್ಭೂತರಾಗಿ ಗೌನು, ಗವಸುಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿ, ಆಪರೇಷನ್ ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿ ಕೊಂಡಿದ್ದ ತಂಡದವರನ್ನು ಸೇರಿಕೊಂಡರು. ಹೃದಯ ಬಹುಪಾಲು ಜಾಗವನ್ನು ಮುಂಗಡೆಯಿಂದ ಆವರಿಸಿ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ಎರಡೂ ಪಕ್ಕಗಳಿಗೆ ಸರಿಸಿದರು. ಮುಂದೆ ಹೃದಯದ ಬಡಿತವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಗಳಲ್ಲಿನ ರಕ್ತವನ್ನು ಕೃತಕ ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ (Cardio-pulmonary By-pass) ಹರಿಸುವ ವಿಧಿ-ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡರು. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಅಯೋರ್ಟಾ ಮತ್ತು ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣಗಳಿಗೆ 'ಲಾಳ್ಗೊಳವೆ' (Canuala)ಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಹೃ-ಶ್ವಾ ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕ ಉಂಟುಮಾಡಿದರು. ನಂತರ ಹೃದಯದ ಬಡಿತವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿ ಅದನ್ನು 'ಹಿಗ್ಗಲಿನ' (Diastole) ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಅಯೋರ್ಟಾ, ಕಾರೋನರಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಗೋಚರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರು ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ದಾಖಲು ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ: ''ಅಯೋರ್ಟಾವು ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ; ಹೃದಯವು ಊದಿಕೊಂಡು ವಿಸ್ತಾರಗೊಂಡಿಲ್ಲ; ಹಿಂದೆ ಹೃದಯಾಘಾತ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರ ಪರಿಣಾಮದ ಕಲೆಗಳು ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯಲ್ಲಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಗಬೇಕಾಗಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಒಂದು ಮಿತಿ ಯಲ್ಲಿರುವಂತಿವೆ. ಎಲ್.ಎ.ಡಿ.ಯ ಗಾತ್ರ - 5 ಮಿ.ಮೀ; ಒ.ಎಮ್$_1$. ಗಾತ್ರ - 2 ಮಿ.ಮೀ; ಒ.ಎಮ್$_2$. ಗಾತ್ರ-2 ಮಿ.ಮೀ. ಪಿ.ಡಿ.ಎ. ಗಾತ್ರ 2.5 ಮಿ.ಮೀ.ರಷ್ಟಿವೆ. ಮುಂದೆ ಅಡಚಣೆಗಳಿದ್ದ ಎಲ್.ಎ.ಡಿ. ಒ.ಎಮ್$_1$, ಒ.ಎಮ್$_2$ ಮತ್ತು ಪಿ.ಡಿ.ಎ.ಗಳ ಆಚಿನ (Distal) ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಲಾಯಿತು.''

ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿ, 'ಲೀಮಾ' ಮತ್ತು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿ

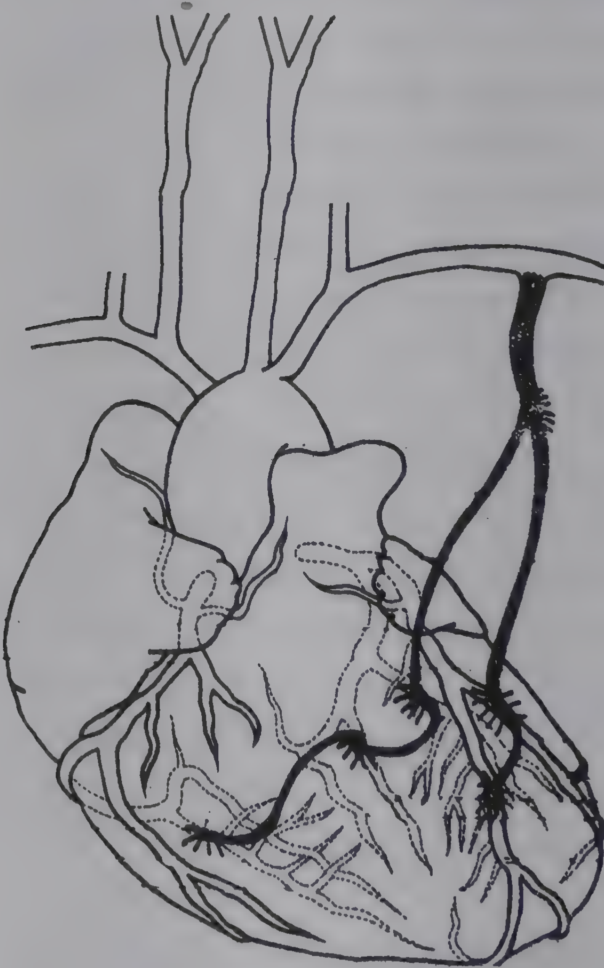
ಗಳನ್ನು ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು ಸೇರಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹಾಗೂ ನವಿರಾದ ಕೆಲಸ. ಅದನ್ನು ಜರುಗಿಸುವವರೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ತಂಡದವರೆಲ್ಲರೂ ಏಕಾಗ್ರತೆಯಿಂದ ಕಾರ್ಯಪ್ರವೃತ್ತರಾಗಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲರೂ ಸಮಚಿತ್ತದಿಂದ ಏಕೋಭಾವದಿಂದ ಸಹಕರಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರಿಗಂತೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಹಸ್ತ ಸಿದ್ಧತೆ ಇರಬೇಕು; ಜಾಣ್ಮೆ, ನೈಪುಣ್ಯ, ಕರಕೌಶಲಗಳ ಪರಮ ಚಮತ್ಕಾರಗಳನ್ನು ಮೈಗೂಡಿಸಿಕೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯನಾದವನಿಗೆ 'ಹದ್ದಿನ ಕಣ್ಣು, ಸ್ತ್ರೀಯರ ಬೆರಳು ಮತ್ತು ಸಿಂಹದ ಹೃದಯ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ'' (Eagle's eye, Lady's Finger and Lion's Heart) ಎಂಬ ನಾಣ್ಣುಡಿ ಇದೆ. ಆ ನಾಣ್ಣುಡಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂತ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಕೈ ಚಳಕದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವವರಿಗೆ ಅನ್ವಯವಾಗುವಷ್ಟು ಬೇರಾರಿಗೂ ಆಗಲಾರದು. ಡಾ|| ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳು ರಕ್ತಗತವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದು ಅಂದು ನನ್ನ ಅನಿಸಿಕೆಯಾಯಿತು.

ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು 'ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವುದು' (anastomosis) ಏನೆಂಬುದರ ಸ್ಪಷ್ಟ ಪರಿಕಲ್ಪನೆ ಮೂಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ 14, 19ಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಬಹುದು). ಕೊಳವೆ ಆಕಾರದ ಎರಡು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವ ಬಾಯಿಗಳನ್ನು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಸೇರಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹ್ಹಾಕಿದಾಗ ಆ ನಾಳಗಳ ಒಳಗಡೆ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ಕೊಳವೆ ಏರ್ಪಾಡಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ತುದಿಯಿಂದ-ತುದಿಗೆ (end to end) ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವುದು ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ 'ತುದಿಯಿಂದ ಬದಿಗೆ' (end to side) ಹಾಗೂ ಮತ್ತೊಂದು ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಬದಿಯಿಂದ ಬದಿಗೆ (side to side) ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವ ಪ್ರಮೇಯಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ. ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೊನೆಯ ಎರಡು ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವ ಅವಕಾಶಗಳೇ ಹೆಚ್ಚೆನ್ನಬಹುದು. ಮೊದಲು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದ ತಾಣದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣದೊಂದು ತೂತು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ; ಅನಂತರ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಸೇರಿಸಲು ತಯಾರು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಧಮನಿ/ಶಿರೆಯಲ್ಲೂ ತೂತು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅವೆರಡು ನಾಳಗಳ ತೂತುಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿದಾಗ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ನಡೆಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗೆ ಕಾಲಿನ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಯಂಥ ನಾಳವನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಾಗ ಅದರ ಒಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಅಯೋರ್ಟಾ ಧಮನಿಯ ಬದಿಯಲ್ಲಿ ಮಾಡಿದ ತೂತಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು, ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿಯನ್ನು ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾದ ಆಚಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತುದಿಯಿಂದ ಬದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿರುವ **ಸಂಪೂರ್ಣ ಧಮನಿ ಮರು ರಕ್ತನಾಳೀಕರಣ** (TARV) ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಲೀಮಾ ಮತ್ತು ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಗಳನ್ನು ಒಗ್ಗೂಡಿಸಿಕೊಂಡು ಎರಡೂ ಬಗೆಯ ಬಾಯಿಗೂಡಿಕೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಂತಹ ಸೂಕ್ಷ್ಮಾತಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮದ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವುದು ಅತ್ಯಂತ ನವಿರಾದ ಕೆಲಸವೇ ಸರಿ; ಹೊಲಿಗೆಗೆ ಕೂದಲೆಳೆಗಿಂತಲೂ ಕಿರಿದಾದ ದಾರಗಳನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ರೀತಿಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜರಗುವ ವಲಯ ಸರಿಯಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವು

ದಕ್ಕಾಗಿ ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರು ಭೂತಗನ್ನಡಿ ಪ್ರಭಾವವಿರುವ ಮಸೂರಗಳ ಕನ್ನಡಕವನ್ನು ಧರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರು. ಮೊದಲಿಗೆ ಲೀಮಾವನ್ನು ಹಿಂದೆಯೆ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿದರು. ಎರಡನೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಎಡಗೈಯಿಂದ ಬಿಡಿಸಿಕೊಂಡಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿದ್ದ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಲೀಮಾದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ತುದಿಯಿಂದ-ಬದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿ ಸೇರಿಸಿದರು. ಅನಂತರ ಅದರ ಉಳಿದ ಭಾಗವನ್ನು ಮೊದಲು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗೆ ಬದಿಯಿಂದ-ಬದಿಗೆ ಹಾಗೂ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಅದರ ತುದಿಯನ್ನು ತುದಿಯಿಂದ-ಬದಿಗೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಿದರು. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕು ಕಡೆ ಎಲ್.ಎ.ಡಿ., ಒ.ಎಮ್$_1$, ಒ.ಎಮ್$_2$ ಮತ್ತು ಪಿ.ಡಿ.ಎ. ಕಾರೋನರಿ ಟಿಸಿಲುಗಳಿಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ್ದರು. ಅಂದರೆ ಈ ರೀತಿಯ ಸಂಯೋಜನೆಯಿಂದ, ತಿರುಗು ಮುರುಗಾದ Y ಆಕಾರದ ಬದಲೀ ಕಾಲುವೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ನನ್ನ ಗುಂಡಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಿತ್ತೆಂದು ಅರ್ಥೈಸಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ 19)

ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಕಾತರ, ಆತುರ, ನಿರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಗರ್ಭಿತವಾದ ಘಳಿಗೆಯಂತಿರುತ್ತದೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಹೃದಯ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಸ್ತಬ್ಧವಾಗಿರುತ್ತದೆ.



(ಚಿತ್ರ 19) ಸಂಪೂರ್ಣ ಮರುಧಮನೀಕರಣ

ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಅವನು ಜೀವಿಸಿದ್ದ ಪ್ರತಿ ನಿಮಿಷವೂ ಯಾವುದೇ ಲೋಪ ದೋಷಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡದೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ಹಾಗೂ ಜೀವಾಧಾರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯ ಕೆಲಸವನ್ನು ಮಾನವ ನಿರ್ಮಿತ ಯಂತ್ರವೊಂದಕ್ಕೆ ವಹಿಸಿಕೊಟ್ಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಯಾವ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಏನಾಗುತ್ತದೋ ಎಂಬುದನ್ನು ಊಹಿಸಲಾಗದು. ಆದುದರಿಂದ ಹೃದಯವನ್ನೂ ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಯಂತ್ರದ ಅವಲಂಬನೆಯಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿ ಮತ್ತೆ ಹಿಂದಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸುವ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದವರದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಅದೆಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದೆಲ್ಲಾ ಮುಗಿದು ಹೋಗುತ್ತದೋ ಅಷ್ಟು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಆದುದರಿಂದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ-ಹೊಲಿಯುವ ಸಮಯವೂ ಮೊದಲೇ ನಿಗದಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮುಗಿದು ಬಿಡಬೇಕು. ಪ್ರತಿಯೊಂದೂ ಬಹುಶಃ 10-12 ನಿಮಿಷಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಜರುಗಲೇಬೇಕು. ಅದರಿಂದ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ ಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತಲೇ ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯೊಬ್ಬರು ಒಂದು, ಎರಡು, ಮೂರು, ನಾಲ್ಕು..... ಎಂದು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಕೇಳಿಸುವಂತೆ ಎಣಿಕೆ ಶುರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮಗ್ನರಾಗಿರುವವರು ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳ ಗತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದಂತೆ. ಬಹುಶಃ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಜಾಗದಲ್ಲಿ 10-15 ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹೊಲಿಗೆಗಳನ್ನು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಲಿಗೆ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಆ ವಲಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವುದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಹೆಪಾರಿನ್ ದ್ರಾವಣವನ್ನು ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ.

ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ ಪೂರ್ಣಾವಧಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ರಕ್ತದಲ್ಲುಂಟಾಗುತ್ತಿರ ಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ತೀವ್ರ ನಿಗಾ ಇಡುವ ಏರ್ಪಾಡಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನಿಗದಿತ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಕ್ಕೆ ಕಳುಹಿಸುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲಜನಕ, ಇಂಗಾಲಾಮ್ಲ, ಸಕ್ಕರೆ ಮುಂತಾದ ಹಲವು ಜೀವಾಧಾರ ಅಂಶಗಳ ಮಟ್ಟಗಳ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಫಲಿತಾಂಶ ಬಂದಾಗ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಕೇಳಿಸುವಂತೆ ಘೋಷಣೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞ, ಹೃ-ಶ್ವಾ ಯಂತ್ರ ನಿರ್ವಾಹಕರು ಮುಂತಾದವರೆಲ್ಲಾ ಜರುಗಿರಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಯಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

ನನಗೆ ಜರುಗಿಸಲು ಆಯೋಜಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಬೈ-ಪಾಸ್‌ನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಹೃದಯದ ಸುತ್ತಮುತ್ತ ಇನ್ನೂ ಕೆಲ ಸಮಯ ಒಸರಬಹುದಾದ ರಕ್ತ ಹೊರಗಿಳಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಎದೆಗೂಡಿನ 2-3 ಕಡೆ ಬಸಿಗೊಳವೆ (Canula)ಗಳನ್ನು ಇರಿಸಿ ಅವುಗಳ ಹೊರಗಡೆಯ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಚೀಲಗಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ನೀಡಲಾಯಿತು. ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯ ಸ್ನಾಯುವಿನಲ್ಲಿ ಪೇಸಿಂಗ್‌ಲೀಡ್ ತಂತಿಯನ್ನು ತೂರಿಸಿಟ್ಟು ಅದನ್ನೂ ಸಹಾ ಹೊರಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಲಾಯಿತು. (R. V. Epicardial Pacing Lead). ಆಪರೇಷನ್‌ನ ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅಥವಾ ಹೃದಯ ಸ್ತಂಭನವೇ ಆದರೂ, ಆ ತಂತಿಯ ಮೂಲಕ ವಿದ್ಯುತ್ ತಲ್ಲಣ ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು; ಅಗತ್ಯಬಿದ್ದರೆ ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿಯನ್ನು ಅದರಿಂದ ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದಂತೆ. ಹೃದಯ ಬಡಿತವನ್ನು ಎಚ್ಚರಗೊಳಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು

ನೀಡಲಾಯಿತು. ಹಾಗೆಯೇ ಆಪರೇಷನ್‌ನ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಹೃದಯ-ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಯಂತ್ರಕ್ಕೆ ಉಂಟುಮಾಡಿದ್ದ ಸಂಪರ್ಕ ಕೊಳವೆಗಳನ್ನು ಬಂದು ಮಾಡಲಾಯಿತು; ಅಯೋರ್ಟಾ ಮತ್ತು ಬಲ ಹೃತ್ಕರ್ಣಗಳಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ಲಾಳ್ಗೊಳವೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕ ಲಾಯಿತು. ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ತಾಳಗತಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಿಲ್ಲದೆ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಆರಂಭವಾಯಿತು. ಹೃದಯದ ಕೋಶಗಳೊಳಗಡೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೊರ ಬಿಡಲಾಯಿತು. ಎದೆಗೂಡನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಲಾಯಿತು ಹಾಗೂ ಸುಭದ್ರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಬೆಂಬಲೋಪಚಾರದ ವಾರ್ಡಿಗೆ (ICU) ವರ್ಗಾಯಿಸಲಾಯಿತು.

ನನ್ನ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಸುಮಾರು 3-4 ಗಂಟೆಗಳು ಹಿಡಿದಿರಬಹುದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿ 51 ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಹೃದಯ ರಕ್ತರಹಿತವಾಗಿತ್ತು (Ischemic Time); ಬೈ-ಪಾಸ್ ಕ್ರಿಯೆ ಜರುಗುವುದಕ್ಕೆ 60 ನಿಮಿಷಗಳು ಹಿಡಿದಿತ್ತೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ನನಗಾಗಿ ಶೇಖರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದ ರಕ್ತದ ಮೂರು ಬಾಟಲುಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡನ್ನು ಮಾತ್ರ ಪೂರಣೆ ಮಾಡಿದ್ದರಂತೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ಉಂಟಾಗಿದ್ದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿ ಮರು-ಪೂರಣೆ (Auto Transfusion) ಮಾಡಲಾಗಿತ್ತಂತೆ. ಈ ವಿಧಾನ ವೋಕ್ಹಾರ್ಡ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯಗಳಲ್ಲೊಂದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಆಪರೇಷನ್ ನಂತರದ ದಿನಗಳು

ಅದೇನೇ ಇರಲಿ, ಅಂದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳು ಮುಗಿದ ನಂತರ ತೀವ್ರ ಬೆಂಬಲೋಪಚಾರದ ವಾರ್ಡಿಗೆ ವರ್ಗಾಯಿಸಿದರಂತೆ. ಆದರೆ ಅದಾವುದರ ಪರಿವೆಯೂ ನನಗೆ ಇರಲಿಲ್ಲ. ಅಂದು ಸಾಯಂಕಾಲ ನನ್ನ ಪತ್ನಿಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪಕಾಲ ನಾನಿರುವೆಡೆಗೆ ಕರೆತಂದು ತೋರಿಸಿದ್ದರಂತೆ. ಆಕೆ ಮಾತಾಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಾಗ ಏನೋ ಶಬ್ದಗಳನ್ನು ಬಾಯಿಯಿಂದ ಹೊರಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡುತ್ತಿದ್ದೆನಂತೆ. ಆದರೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ನನಗೇನೂ ಜ್ಞಾಪಕವಿಲ್ಲ. ಬಹುಶಃ ಆ ದಿನ ಹಾಗೂ ರಾತ್ರಿಯೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುತ್ತಿದ್ದಿರಬೇಕು.

ನನಗೆ ಎಚ್ಚರವಾದದ್ದು ಮರುದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಏಳು ಗಂಟೆಯ ಸಮಯಕ್ಕೆ ! ಒಂದು ತರಹೆಯ ಮಂಪರು ಕವಿದಂತಿದ್ದರೂ ಕಣ್ಣು ತೆರೆದು ಅತ್ತಿತ್ತ ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಆದರೆ ಬಾಯಿ ತೆರೆದು, ನಾಲಿಗೆಯಾಡಿಸಿ ಮಾತಿನ ಶಬ್ದಗಳನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ಎಷ್ಟೇ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿದರೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಕೈ, ಮೂತ್ರನಾಳ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಿಂದ ಹಲವು ನಳಿಕೆಗಳು ನೇತಾಡುತ್ತಿದ್ದವು. ಅವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗಲೇ ನನಗಾಗುತ್ತಿದ್ದ ನೋವಿನ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಿದ್ದು. ನಾನಿರುವೆಡೆಯೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಇತರ ಹಲವು ಕಡೆಗಳಿಂದ ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರುಗಳ ಏಕತಾನತೆಯ ಶಬ್ದಗಳು ಕೇಳಿಬರುತ್ತಿದ್ದವು. ಆ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಹಾಗೆ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೊಳಗಾದ ಹಲವಾರು ಜನ ಇರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದೆ. ಅಲ್ಲಲ್ಲಾ ಕೆಲವು ಕಿರಿಯ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ರೋಗಿಗಳ ಹಾಸಿಗೆಗಳ ಹತ್ತಿರ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಂಡಿರು ವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಿದೆ. ಬಾಯಿ, ನಾಲಿಗೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಒಣಗಿ ಪಾರ್ಚ್‌ಮೆಂಟ್ ಪೇಪರ್‌ನಂತಾಗಿ ನಾಲಿಗೆ ಹೊರಳಿಸಿ ಮಾತಿನ ಶಬ್ದಗಳನ್ನು ಹೊರಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿ ಒಂದೆರಡು ಸಾರಿ ಗೊಗ್ಗರು ಶಬ್ದ ಹೊರಡಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದೆ. ಕೂಡಲೇ

ದಾದಿಯೊಬ್ಬಳು ನನ್ನತ್ತ ಧಾವಿಸಿ ಬಂದಳು. ನನಗಾಗುತ್ತಿರುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಕೈ ಸನ್ನೆಗಳಿಂದ ಅವಳಿಗೆ ತಿಳಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದೆ. ಆಕೆಗೂ ಅರ್ಥವಾಗಿರಬೇಕು, ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ. ನನಗೆ ಸಾಂತ್ವನದ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡಿ ಮುಖ, ಬಾಯಿ ತೊಳೆಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿದಳು. ಬಾಯಿ ಮುಕ್ಕಳಿಸಿದ ಮೇಲೆ ನಾಲಿಗೆಯನ್ನು ತಿರುಗಿಸಿ ಮಾತಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಆಕೆಯೂ ಒಂದೆರಡು ಗುಟುಕು ನೀರು ಕುಡಿಸಿದಳು. ಆಪರೇಷನ್ ನಂತರದ ನನ್ನ ಚೇತರಿಕೆಯ ಹಂತಗಳು ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿವೆಯೆಂದು ಭರವಸೆ ಇತ್ತಳು; ಹಾಗೂ ಗಾಬರಿಪಡುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲವೆಂದು ಆಶ್ವಾಸನೆ ನೀಡಿದಳು. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ನನಗೆ ಬೆಳಗಿನ ನಾಷ್ಟಾ ತರಿಸಿಕೊಡುವ ಏರ್ಪಾಡಾಗಲಿದೆಯೆಂದಳು. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಖಾಲಿ ದೋಸೆ ಮತ್ತು ಕಾಫಿ ನನ್ನ ಮುಂದೆ ಹಾಜರಾದವು ! ಗುರುತರ ಆಪರೇಷನ್ ಜರುಗಿದ ಮರುದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆಯೇ ಉಪಹಾರ ಒದಗಿಸಿದ್ದು ಸ್ವತಃ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯನಾದ ನನ್ನನ್ನು ಚಕಿತಗೊಳಿಸಿತು. ಬಾಯಲ್ಲಿ ರುಚಿ ಹಾಗೂ ಹಸಿವೂ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಹೇಗೋ ಒಂದು ದೋಸೆಯನ್ನು ತಿಂದು, ಕಾಫಿ ಕುಡಿದೆ.

ಆಪರೇಷನ್‌ಗಾಗಿ ಎದೆಗೂಡನ್ನೇ ಸೀಳಿ ಮಾಡಿದ ಗಾಯ, ವಿವಿಧ ಕಡೆಗಳಿಂದ ತೂರಿಸಿದ ನಳಿಕೆಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿದ ಕಡೆಗಳೆಲ್ಲದರ ನೋವೇನೋ ಇತ್ತು. ಬಹುಶಃ ನೋವಿನ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ನೋವು ಸಹ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಸುಮಾರು ಹತ್ತೂವರೆ ಗಂಟೆ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಒಂದು ತಂಡ ವೈದ್ಯರು ನಾನಿದ್ದಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದು ನನ್ನ ಯೋಗಕ್ಷೇಮ ವಿಚಾರಿಸಿದರು. ಹೃದಯ ಬಡಿತ, ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ, ಉಸಿರಾಟ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮುಂತಾದವನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ವಿವಿಧ ನಳಿಕೆಗಳಿಂದ ಬಸಿದ ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣ, ವಿಸರ್ಜನೆಯಾದ ಮೂತ್ರದ ಮೊತ್ತ ಮುಂತಾದವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿದರು. ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನಿಟರ್ ದಾಖಲಾತಿಗಳನ್ನು ನೋಡಿದರು. ಅವರೂ ಸಹ ನನ್ನ ಚೇತರಿಕೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಮುಂದುವರೆಯುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ತಮ್ಮ ಸಂತಸ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಅಲ್ಲದೇ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ನಾನು ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಮೊದಲಿದ್ದ ವಾರ್ಡಿಗೇ ವರ್ಗಾವಣೆ ಮಾಡುವ ತಮ್ಮ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನೂ ಹೊರಗೆಡಹಿದರು. ಅಷ್ಟೊಂದು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ನಾನಿದ್ದ ವಾರ್ಡಿಗೇ ಕಳುಹಿಸಬಹುದೆಂಬ ವಿಷಯ ಅಚ್ಚರಿಯುಂಟುಮಾಡಿದರೂ, ನನ್ನ ಚೇತರಿಕೆ ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳಿಲ್ಲದೆ ಸುಗಮವಾದ ಸಂಗತಿ ಮನಸ್ಸಿಗೆ ಹಿತವೆನಿಸಿತು.

ಸುಮಾರು ಹನ್ನೊಂದೂವರೆ ಗಂಟೆಗೆ ನನ್ನನ್ನು ತಳ್ಳು ಕುರ್ಚಿಯ ಮೇಲೆ ಕೂರಿಸಿ ನೇತಾಡುತ್ತಿದ್ದ ನಳಿಕೆಗಳು, ಡ್ರಿಪ್‌ಗಳು ಮುಂತಾದ ಪರಿಕರಗಳ ಜೊತೆ ಮೇಲಿನ ಮಹಡಿಯಿಂದ ನೆಲ ಅಂತಸ್ತಿನಲ್ಲಿದ್ದ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಕರೆತಂದರು. ಯಾವುದೋ ದಿಗ್ವಿಜಯ ಸಾಧಿಸಿದವನಂತೆ ಹರ್ಷಚಿತ್ತದವನಾಗಿಯೇ ಇದ್ದೆನೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಒಂದು ದಿನವಿಡೀ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಒಮ್ಮೆ ನೋಡುವ ಅವಕಾಶವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಏನಾಗಿರಬಹುದೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಬಂಧು ಬಾಂಧವರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆತಿರಲಿಲ್ಲ. ನನ್ನನ್ನು ನೋಡಿದಾಕ್ಷಣ ಅವರೆಲ್ಲಾ ಹರ್ಷಚಿತ್ತರಾಗಿ ನಿಟ್ಟುಸಿರುಬಿಟ್ಟರು.

ವಾರ್ಡಿನ ಹಾಸಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿ ನೇತಾಡುತ್ತಿದ್ದ ನಳಿಕೆ, ಕೆಥೀಟರ್, ಡ್ರಿಪ್‌ಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಅವುಗಳ ಸ್ಥಾನಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿರಪಡಿಸಿದರು. ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರನ್ನೂ ಸಹಾ ಅಳವಡಿಸಿದರು. ವಾರ್ಡಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ದಾದಿಯರು, ವೈದ್ಯರುಗಳೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಕೇಸ್ ಷೀಟ್‌ನಲ್ಲಿ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ನಾನೀಗ ತೀವ್ರ ನಿಶ್ಶಕ್ತಿಯಿಂದ

ಬಳಲುತ್ತಿರುವುದರ ಅರಿವಾಗುವಂತಿತ್ತು. ನನ್ನ ಶರೀರವೂ ಬಳಲಿ ಬೆಂಡಾಗಿತ್ತು. ಮುಖ, ಮೈ ಚರ್ಮವೆಲ್ಲಾ ಒಣಗಿ ಸುಕ್ಕುಗಟ್ಟಿಹೋಗಿತ್ತು. ವಿಪರೀತ ಬಾಯಾರಿಕೆಯೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು. ನಾಲಿಗೆಯಂತೂ ತುಂಬಾ ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ಆಗಾಗ್ಗೆ ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಬರುತ್ತಿದ್ದ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ನಾನೇಕೆ ಅಷ್ಟೊಂದು ಕೃಶವಾಗಿ, ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೂ ವಿಚಾರಿಸುತ್ತಲಿದ್ದೆ. ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮವಾಗದಿರಲು ಒಟ್ಟು ರಕ್ತದ ಮೊತ್ತ ಮಿತಿ ಮೀರಿ ಹೆಚ್ಚಾಗದಿರಲು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಆದಷ್ಟೂ ಕಡಿಮೆ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಮತ್ತಿತರ ದ್ರಾವಣಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದ ಹಾಗಾಗಬಹುದೆನ್ನುತ್ತಿದ್ದರು; ಹಾಗೂ ಅದರಿಂದ ಅಪಾಯದ ಸಂಕೇತಗಳೇನಾದರೂ ಕಂಡುಬಂದರೆ ತಕ್ಷಣ ಸರಿಪಡಿಸಲು ಕ್ರಮ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಅವರು ಸದಾ ಸಜ್ಜಾಗಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಮರುದಿನ ತೂಕವನ್ನು ನೋಡಿದಾಗ 3 ಕೆ.ಜಿ. ಯಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿತ್ತು. ರಕ್ತದ ಹೀಮೋಗ್ಲೋಬಿನ್ ಪ್ರಮಾಣ ಆಪರೇಷನ್‌ಗೆ ಮುನ್ನ ಶೇ. 13.9 ಗ್ರಾಮ್ ಇದ್ದದ್ದು ಶೇ. 9.3ಕ್ಕೆ ಇಳಿಕೆಯಾಗಿತ್ತು!

ಆಪರೇಷನ್‌ಗೊಳಗಾದ ಮರುದಿನವೇ ಬಾಯಿ ಮೂಲಕ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಆರಂಭಿಸಲಾಗಿತ್ತಷ್ಟೆ. ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಆಹಾರ ವಿಜ್ಞಾನಿ ನನ್ನ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಮಾಡಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಸಕ್ಕರೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನೂ ಗಮನದಲ್ಲಿ ಇರಿಸಿಕೊಂಡು, ಪ್ರತಿದಿನ ನಾನು ಸೇವಿಸಬೇಕಾದ ಪಥ್ಯಾಹಾರದ ಮೊತ್ತ ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ವಿಧಗಳ ಬಗೆಗೂ ವಿವರಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತಿದ್ದರು. ಆದರೆ ಬಾಯಲ್ಲಿ ರುಚಿ ಮತ್ತು ಹಸಿವೂ ಸಹಾ ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಸೂಚಿಸಿದಷ್ಟು ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಲು ಆಗುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಆ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಾನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಷ್ಟವೆಂದರೆ ತೀವ್ರ ಮಲಬದ್ಧತೆ, ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಗಾಯದ ಹೊಲಿಗೆಗಳು ಬಿಚ್ಚಿಕೊಂಡುಬಿಡುತ್ತವೆಯೋ ಎಂದು ಗಾಬರಿಯೂ ಆಗುತ್ತಿತ್ತು.

ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ಹತೋಟಿಗಾಗಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗೆ ಮೊದಲು ಹಾಗೂ ಸೇವಿಸಿದ ಕೆಲಕಾಲದ ನಂತರ ರಕ್ತದ ಮಾದರಿಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿದ್ದರು ಹಾಗೂ ಅವುಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗನುಸಾರ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಆಪರೇಷನ್ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ನಂಜಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆಯುಳ್ಳ ಹಾಗೂ ದುಬಾರಿ ವೆಚ್ಚದ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆ ಮುಂತಾದ ಉದ್ದೇಶ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಹಲವು ಬಗೆಯ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದರು. ನನ್ನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮೇಲೆ ನಿಗಾ ಇರಿಸಲು ವಿವಿಧ ದರ್ಜೆಯ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರೂ ಸಹಾ ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದರು.

ವಾರ್ಡಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಸಂಜೆಯೇ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರು ಬಂದು ನನ್ನನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ, ಎಲ್ಲಾ ಸರಿಯಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಹೇಳಿದರಲ್ಲದೆ, ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಜರುಗಿದ್ದಕ್ಕೆ ತಮ್ಮ ಸಂತಸ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ಡಾ॥ ಜವಳಿಯವರು ಎರಡನೇ ದಿನ ಸಾಯಂಕಾಲ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಬಂದು ನನ್ನ ಕುಶಲ ವಿಚಾರಿಸಿದರು. ನನಗೆ ಜರುಗಿಸಿದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಪರೇಷನ್‌ನ ವಿವರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿದರಲ್ಲದೆ, ಯಾವುದೇ ಅಡೆತಡೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಜರುಗಿವೆ ಎಂದರು. ಅವೆಲ್ಲಾ ಪೂರ್ವ

ನಿಯೋಜಿತ ಅಂದಾಜಿನ ಹಾಗೆಯೇ ಜರುಗಿದ್ದು ಮುಂದೇನು ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಆಶ್ವಾಸನೆ ನೀಡಿದರು.

ಮೂರನೆ ದಿನ ನನ್ನ ಎದೆಗೂಡು, ಹೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರನಾಳಗಳಿಗೆ ಅಳವಡಿಸಿದ್ದ ನಳಿಕೆಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆದುಹಾಕಿದರು. ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯದ ಮೇಲೆ ನಿಗಾ ವಹಿಸಲು ಎಡ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿಯ ಸ್ನಾಯುವಿನಲ್ಲಿ ತೂರಿಸಿಟ್ಟಿದ್ದ ತಂತಿಯನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಲಾಯಿತು. ಹಾಗೆಯೇ ಎರಡು ದಿನಗಳಿಂದ ನನ್ನ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಗಾವಹಿಸಿ ದಾಖಲಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾರ್ಡಿಯಕ್ ಮಾನೀಟರ್‌ನ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ವಿಮುಕ್ತಿಗೊಳಿಸಲಾಯಿತು. ಅಂದಿನಿಂದ ಎದ್ದು ನಿಂತು ಸ್ವಲ್ಪ ನಡೆದಾಡುವಂತೆ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಿದರು. ಫಿಸಿಯೋಥೆರಪಿಸ್ಟ್ ಹೇಗೆ ಕೆಮ್ಮಿ ಕಫ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯಬೇಕೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಸೂಚನೆ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಕೆಲ ಸಾರಿ ಬಿಸಿ ಹಬೆಯನ್ನು ಆಸ್ವಾದಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ನನಗೆ ಕೆಮ್ಮು, ಕಫ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಯಾವುದೇ ತರಹೆಯ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಂಡುಬರಲಿಲ್ಲ. ಧೂಮಪಾನದ ಅಭ್ಯಾಸವಿಲ್ಲದವರಿಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ತರಹೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅಪರೂಪವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಮೂರನೆ ದಿನ ರಾತ್ರಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪಕ್ಕದ ಬಚ್ಚಲಿಗೆ (ಹಾಸಿಗೆಯ ಹತ್ತಿರವೇ 'ಮೂತ್ರಿ' urine can ಇದ್ದರೂ) ನಿಧಾನವಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಾ ಹೊರಟೆ. ಬಾಗಿಲ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ ಜಾರಿದಂತಾಗಿ ಬಲಗೈಯನ್ನು ನೆಲಕ್ಕೂರಿ ಬಿದ್ದುಬಿಟ್ಟೆ. ಒಡನೆಯೇ ನನ್ನ ಪತ್ನಿ ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ ಇದ್ದ ದಾದಿಯರು ನನ್ನನ್ನು ಎತ್ತಿ ಹಾಸಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿದರು. ಗಾಯವಿದ್ದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ನೋವು ಕಂಡುಬಂದಿತು. ಕಾರ್ಯನಿರತ ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಬಂದು ನನ್ನನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರು. ಆದರೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳುಂಟಾಗಿರಲಿಲ್ಲವಂತೆ ! ಮುಂದಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಪಡಸಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಬೇರೊಬ್ಬರ ನೆರವಿನೊಂದಿಗೆ ನಡೆದಾಡಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಮುಂದಿನ 3-4 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಡಿಯ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಹತ್ತಿ ಮೇಲಿನ ಅಂತಸ್ತಿನಲ್ಲಿ ನಡೆದಾಡುವುದೂ ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ನನ್ನ ಚೇತರಿಕೆಯ ಪ್ರಗತಿ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿದ್ದುದರಿಂದ ದಿನಾಂಕ 19-2-99ರಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಿದರು. ದಿನಾಂಕ 22ರಂದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಹೋಗಿ ಡಾ|| ರಮೇಶ್ ಅವರನ್ನು ನೋಡಿದೆ. ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರುವುದಾಗಿ ಭರವಸೆ ನೀಡಿದರು. ಡಾ|| ಜವಳಿಯವರೂ ನನ್ನನ್ನು ನೋಡಿ, ಗಾಯಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಸಿದ ಬ್ಯಾಂಡೇಜು ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕಿದರು. ಮುಂದೆ ಬ್ಯಾಂಡೇಜಿನ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇಲ್ಲವೆಂತಲೂ, ಹೊಲಿಗೆಗೆ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೆ ತಾವೇ ಕರಗಿಹೋಗುವ ದಾರಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ತೆಗೆಯುವುದಿಲ್ಲವೆಂದೂ ತಿಳಿಸಿದರು.

ಆಪರೇಷನ್ ಆದ ಮರುದಿನವೇ ನನ್ನಲ್ಲುಂಟಾದ ಒಂದೆರಡು ಆತಂಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ದಾಖಲಿಸುವುದನ್ನು ಮರೆತುಬಿಟ್ಟಿದ್ದೆ. ಆ ದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಹಿಂತಿರುಗಿದಾಗ ನನ್ನ ಎಡಗೈ ಹಸ್ತ ತಿಳಿ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿತ್ತು. ಬೈ-ಪಾಸ್‌ಗಾಗಿ ಎಡಗೈಯ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆದುದರ ಪರಿಣಾಮ ಅದೆಂಬುದು ಕೂಡಲೇ ನನಗೆ ಹೊಳೆಯಿತು. ಕೈ ಮತ್ತು ಹಸ್ತಕ್ಕೆ ಶುದ್ಧ ರಕ್ತವನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಎರಡು ಪ್ರಮುಖ ಧಮನಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದ ಅದನ್ನು ತೆಗೆದಿದ್ದರಿಂದ (ಇನ್ನೊಂದು ಅಲ್ನಾರ್ ಧಮನಿ) ಹಸ್ತಕ್ಕೆ ರಕ್ತದ ಹರಿವಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಯವಾದುದರಿಂದ ಹಾಗಾಗಿದ್ದು. ಬಹುಶಃ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೇ ಮುಂದುವರಿದಿದ್ದರೆ ನನ್ನ ಕೈ ಕೊಳೆತು

ಹೋಗಬಹುದೆಂಬ ಗಾಬರಿ ನನ್ನನ್ನಾವರಿಸಿಬಿಟ್ಟಿತು. ರೆಸಿಡೆಂಟ್ ವೈದ್ಯರನ್ನು ವಿಚಾರಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಆ ರೀತಿ ಆಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ; ಆ ನಂತರ ಅಲ್ನಾರ್ ಧಮನಿಯು ಹಸ್ತದಲ್ಲಿ ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯೊಂದಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವ ಟಿಸಿಲುಗಳು ಕ್ರಮೇಣ ತೆರೆದುಕೊಂಡು ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹಿಂದಿನಂತಾಗುತ್ತದೆಂದು ಭರವಸೆ ನೀಡಿದರು. ಅದರಂತೆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನಂತಾಯಿತು.

ಅದರ ಜೊತೆಗೇ ಹಸ್ತದ ಹೆಬ್ಬೆರಳು, ತೋರುಬೆರಳು ಮತ್ತು ನಡುವಿನ ಬೆರಳುಗಳ ವಲಯ ತೀವ್ರವಾಗಿ ಜೋಮುಗುಟ್ಟಿ ಉರಿಯತೊಡಗಿತು. ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಶಕ್ತಿಯೂ ಕಡಿಮೆ ಯಾದಂತಾಗಿ ಬೆರಳುಗಳನ್ನು ಅಲ್ಲಾಡಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವೆನಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ರೇಡಿಯಲ್ ಧಮನಿಯನ್ನು ಮೊಳಕೈಯಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ಬಿಡಿಸಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆ ವಲಯದ ನರದೆಳೆಗಳು ಹಾನಿಯಾಗಿರಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಹಾಗಾಗಿರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಥೈಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದು ನನಗೇನೂ ಕಷ್ಟವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಹಾಗೆ ಕತ್ತರಿಸಿದ ನರದೆಳೆಗಳು ಮತ್ತೆ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯಾಗಿ ಪರಸ್ಪರ ಕೂಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆಂಬ ಜ್ಞಾನ ನನಗಿತ್ತಾದರೂ, ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಅವೆಷ್ಟು ತೃಪ್ತಿಕರ ವಾಗಿ ಕೂಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಬಲವಾದ ಅನುಮಾನ ನನ್ನನ್ನಾವರಿಸಿಕೊಂಡಿತ್ತು. ನನ್ನ ಆತಂಕವನ್ನು ವೈದ್ಯರೆಲ್ಲರೂ ಪರಿಹರಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಪಡುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಸಂದೇಹ ಮಾತ್ರ ನನ್ನಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿತ್ತು. ನನ್ನ ಅನುಭವದಲ್ಲೇ ಆ ರೀತಿ ಆದವರಿಗೆ ಅದೇ ರೀತಿ ಆಶ್ವಾಸನೆ ಕೊಡುತ್ತಿದ್ದುದುಂಟು. ಆದರೆ ಅಂತಹ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರಲಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬೇಕು. ಆದರೆ ಮುಂದಿನ ಎರಡೂವರೆ-ಮೂರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಸಂವೇದನೆ ಕ್ರಮೇಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಾ, ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾಯಿತು. ಪೂರ್ವಕಲ್ಪಿತ ಭಾವನೆಯೊಂದು ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಹುಸಿಯಾದದ್ದು ತೃಪ್ತಿಯುಂಟುಮಾಡಿತು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ನಂತರ ಸುಮಾರು ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಸಮಯ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಮಗಳ ಮನೆಯಲೇ ತಂಗಿದ್ದು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯಲು ಅನುಕೂಲವಾಯಿತು. ಪ್ರೊ|| ಪುಟ್ಟುರಾಜು, ಡಾ|| ಭೋಜರಾಜ್ ಹಾಗೂ ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರೆಲ್ಲರೂ ತುಂಬಾ ಆಸ್ಥೆ ವಹಿಸಿ ನನ್ನ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಿದ್ದನ್ನು ಮರೆಯಲಾರೆ. ಮೊದಲ ಕೆಲವು ದಿನಗಳು ಮನೆಯ ಪಡಸಾಲೆಯಲ್ಲೇ ತಿರುಗಾಡುತ್ತಿದ್ದೆ. ಮುಂದೆ ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರ ಹೊರಗಡೆಯೂ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ನಡೆಯಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಮೊದಮೊದಲು ಸುಸ್ತಾದಂತೆ ಭಾಸವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ ಕ್ರಮೇಣ ಚೇತರಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರಲಾರಂಭಿಸಿದವು. ಮುಂದಿನ 8-10 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಹಡಿ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಏರಿ ತಿರುಗಾಡುವಂತಾದೆ.

ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಡಯಾಬಿಟಿಸನ್ನು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಎರಡು ಸಾರಿ ನಾನೇ ಸ್ವಯಂ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಇಂಜೆಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೆ. ಸುಮಾರು ಇಪ್ಪತ್ತೈದು ವರ್ಷಗಳಿಂದಲೂ ಆ ವ್ಯಾಧಿ ನನಗಿದ್ದು , ಈ ತರಹದ ಮೇಜರ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದಾಗ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ನಂಜಾಗಿ ಕೀವುಗಟ್ಟುತ್ತದೋ ಎಂಬ ಆತಂಕ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ನನ್ನನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಲೇ ಇತ್ತು. ಆದರೆ ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಿಂಚಿತ್ ನಂಜಿನ ಸೂಚನೆಗಳು ಕಾಣಿಸದೇ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ವಾಸಿಯಾದವು. ಆದರೆ ಎದೆಯ ಚಕ್ಕೆ ಮೂಳೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಒಂದುಗೂಡುವುದರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಳಂಬವಾಯಿತು. ಸೀಳಿದ್ದ ಅದನ್ನು ಸ್ಟೈಯಿನ್‌ಲೆಸ್ ಸ್ಟೀಲ್ ತಂತಿಯಿಂದ ಸೇರಿಸಿ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿದ್ದರೂ, ಬಹಳ ಸಮಯ ಅದರ ಅಂಚುಗಳು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ತೀಡುತ್ತಿದ್ದುದರಿಂದ

ನಡೆದಾಡುವಾಗ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಶಬ್ದ ಉಂಟಾಗುವುದರ ಅರಿವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಈ ಮೊದಲು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಇದು ತುಂಬಾ ಆಲೋಚನೆಗೀಡುಮಾಡುತ್ತಿತ್ತು. ಅವೆರಡೂ ಕ್ರಮೇಣ ಕೂಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆಂತಲೂ, ನನಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ವಯಸ್ಸಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಕೂಡುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಳಂಬವಾಗುವುದು ಸಹಜವೆಂದು ವೈದ್ಯರೆಲ್ಲರೂ ಭರವಸೆಯನ್ನೇನೋ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಸುಮಾರು ಎರಡು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವು ಕೂಡಿಕೊಂಡು ಶಬ್ದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದುದು ನಿಂತುಹೋಯಿತು.

ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿರುವಾಗಲೇ ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರನ್ನು ಒಂದೆರಡು ಸಾರಿ ನೋಡಿದ್ದೆ. ಎಂದಿನಂತೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿ, ಇ.ಸಿ.ಜಿ. ತೆಗೆಸಿ, ನನ್ನ ಚೇತರಿಕೆ ಸುಗಮವಾಗಿ ಜರುಗಿದೆ ಎಂಬ ಭರವಸೆ ನೀಡಿದರು. ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಉತ್ತಮಗೊಂಡಿದೆಯೆಂದೂ ಅಭಿಪ್ರಾಯಪಟ್ಟರು. ಆಪರೇಷನ್ ನಂತರ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕೆಂದು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿದ್ದ ಕೆಲವು ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕೆಂದು ಸೂಚಿಸಿದರು.

ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲೇ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ನನ್ನನ್ನು ತುಂಬಾ ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದ ನಂಜಪ್ಪ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಡಾ॥ ಜೆ. ನರೇಂದ್ರ ಅವರನ್ನು ನೋಡಿದೆ. ನನಗೆ ಜರುಗಿದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಪರೇಷನ್‌ನ ವಿವರಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಪರಿಶೀಲಿಸಿದರು. ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ವಿವರವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರು. ನನ್ನ 'ಪ್ರಕರಣ' ಯಾವುದೇ ತೊಡಕುಗಳಾಗದೇ ಸುಗಮವಾಗಿ ಪರಿಹಾರವಾದುದಕ್ಕೆ ತಮ್ಮ ಸಂತಸ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು. ಅನಂತರದ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರನ್ನು 2-3 ತಿಂಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ ನೋಡುತ್ತಿರುತ್ತೇನೆ.

ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಇತಿಮಿತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ಕ್ರಮವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಶ್ರಮದ ಇಲ್ಲವೆ ಬಿರುಸಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿಲ್ಲ. ಎಂದಿನಂತೆ ಸಾಯಂಕಾಲ ಒಂದು ಗಂಟೆ ಅವಧಿಗೂ ಮೀರಿ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ತಿರುಗಾಟ ಮಾಡುತ್ತಲಿದ್ದೇನೆ. ಎದೆಗೂಡಿನ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಗಾಯದ ಕಲೆ ಇರುವ ತಾಣದಲ್ಲಿ ಅಸಹಜ ರೀತಿಯ ಚಲನೆಯಾದಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ಜಗ್ಗಿದ ಅನುಭವ ಕೆಲವು ನಿಮಿಷಗಳಷ್ಟಿದ್ದು, ಅನಂತರ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಮತ್ತಾವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನಾನುಕೂಲಗಳು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಕಟ್ಟಡದ ಮೊದಲ ಮಹಡಿ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ನಿರಾಯಾಸವಾಗಿ ಹತ್ತಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಎರಡನೆ ಅಥವಾ ಮೂರನೆ ಮಹಡಿ ಮೆಟ್ಟಿಲುಗಳನ್ನು ಏರುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವೆನಿಸಿದರೆ ಒಂದೊಂದು ಅಂತಸ್ತನ್ನು ಏರಿದಾಗಲೂ ಸ್ವಲ್ಪ ವಿಶ್ರಮಿಸಿದ ನಂತರ ಮುಂದುವರಿಯುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಎದೆಯೊಳಗಡೆ ನೋವಾಗಲೀ, ಬೇರೆ ಇನ್ನಾವ ತೊಂದರೆಗಳಾಗಲೀ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿದ್ದಿಲ್ಲ.

ನನಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಾಗಿವೆ. ನಾನೀಗ 73 ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಕಾಲಿರಿಸಿದ್ದೇನೆ. ವಯಸ್ಸಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ. ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದಾದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತಲ್ಲೀನನಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಅಡ್ಡಿ-ಆತಂಕಗಳು ಕಂಡುಬಂದಿಲ್ಲ. ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ಜೆ. ನರೇಂದ್ರ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ಬಿ. ರಮೇಶ್ ಅವರಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತೇನೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನ ನಿಯಂತ್ರಣ, ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮಟ್ಟ

ನಿಯಂತ್ರಿಸಲು ಹಾಗೂ ರಕ್ತದ ಸ್ನಿಗ್ಧತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗದಂತಿರಲು ಆಸ್ಪರಿನ್ ಮಾತ್ರೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿ ಬೇರಾವ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ಸೇವಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಪಥ್ಯಾಹಾರದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ.

ಡಿಸೆಂಬರ್ (2000)ರ ಎರಡನೆ ವಾರ ಬೆಂಗಳೂರಿಗೆ ಹೋಗಿ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ತಪಾಸಣೆಗೊಳಗಾಗಿದ್ದೇನೆ. ಡಾ॥ ರಮೇಶ್ ಅವರು ವಿವರವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ರಕ್ತ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಮಾಮೂಲು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಲ್ಲದೆ ಈ ಸಾರಿ ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ. ಪರೀಕ್ಷೆಗೂ ಒಳಪಡಿಸಿದರು. ಟಿ.ಎಂ.ಟಿ.ಯಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಅಲ್ಪಸ್ವಲ್ಪ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿರುವುದಾಗಿಯೂ, ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮದ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳದಿರುವಂತೆಯೂ ಸೂಚಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಈ ಸಾರಿ ಡಾ॥ ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರನ್ನು ನೋಡಿದೆ. ಅವರೂ ಸಹ ನನ್ನ ಆರೋಗ್ಯ ಸುಧಾರಿಸಿರುವುದಕ್ಕೆ ತೃಪ್ತಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದರು.

ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಮಟ್ಟ ಸ್ವಲ್ಪ ಏರಿದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಈ ಸಾರಿ ಒಬ್ಬ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ತಜ್ಞರನ್ನು ನೋಡಿದೆ. ಅವರು ಆ ಬಗೆಗೆ ಆತಂಕಪಡುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲವೆಂದು, ಈತನಕ ಬಳಸುತ್ತಿರುವ ಮಾತ್ರೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಮಾತ್ರೆಯನ್ನು ಬಳಸುವ ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ.

9. ಮುನ್ನೋಟ

ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ನನ್ನ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳು ವ್ಯಾಧಿಪೀಡಿತವಾದ ರೀತಿ, ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಹೃದಯಾಘಾತ ಮತ್ತು ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಜರುಗಿದ ಬಗೆಗೆ ನನ್ನ ಅನುಭವಗಳನ್ನು ನಿವೇದಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ರೋಗವಿಕಾಸ, ಪರಿಣಾಮ ಹಾಗೂ ಪರಿಹಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈ ಬರವಣಿಗೆಯುದ್ದಕ್ಕೂ ಬೆಳಕು ಚೆಲ್ಲುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಡೆದಿರುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ರೀತಿಯ ವ್ಯಾಖ್ಯಾನದಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಕೇವಲ ಒಂದು ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ವ್ಯಾಧಿ; ನಾಗರಿಕತೆಯ ವಿಕಾಸ, ಸಹಜ ಪ್ರಕೃತಿಗೆ ವಿರುದ್ಧವಾದ ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ಹೇರಳವಾದ ಸಂತೃಪ್ತ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಸೇವನೆ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ ಮುಂತಾದವು ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಉಗಮಕ್ಕೆ ಕಾರಣಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ ಎಂಬುದೀಗ ಸಾಬೀತಾದಂತಾಗಿದೆ. ಅಂದರೆ ನಮ್ಮ ಆಹಾರ, ವಿಹಾರ, ಜೀವನಶೈಲಿಗಳನ್ನು ಬಹುಪಾಲು ನಾವೇ ವ್ಯತ್ಯಯ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗವೆಂದರೆ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ಆರಂಭದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಿದ್ದ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಮೋಜಿನ ಜೀವನದ ಅವಕಾಶವಿದ್ದ ಜನಸಮೂಹದವರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಲ್ಲಿ ವಿಪರೀತವಾಗಿ ಕಂಡುಬರುತ್ತಿತ್ತು. ಕಾಲಾಂತರದಲ್ಲಿ ಅಂತಹದೇ ಸೌಲಭ್ಯ ಮತ್ತು ಜೀವನಶೈಲಿ ಭಾರತದಂಥ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಶೀಲ ದೇಶದವರಲ್ಲೂ ಅನುಕರಣೆಯಾಗತೊಡಗಿತು. ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅಮೇರಿಕಾದಂಥ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಿದೆ. ಅವರ ಜೀವನದ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಕಾರಾತ್ಮಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆದರಿಂದ ಕಳೆದ 25 ವರ್ಷಗಳಿಂದೀಚೆಗೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಸಂಭವನೀಯತೆ ಶೇ. 50ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿವೆಯೆಂಬ ವರದಿಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ. ವಿಪರ್ಯಾಸದ ಸಂಗತಿ ಯೆಂದರೆ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಅದೀಗ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕದೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ (epidamic) ಹರಡುತ್ತಿದೆ. ಕಳೆದ ಡಿಸೆಂಬರ್ (ಕ್ರಿ. ಶ. 2000)ನಲ್ಲಿ ಚೆನ್ನೈನಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ ಭಾರತದ ಹೃದ್ರೋಗ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಸಮಾವೇಶದ ಅಧ್ಯಕ್ಷ ಭಾಷಣ ಮಾಡಿದ ಡಾ|| ಯು. ಕೌಲ್ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ ವಿಚಾರಗಳು ಗಾಬರಿಹುಟ್ಟಿಸುವಂತಿವೆ. ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ''ಕಳೆದ 10 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ದಾಖಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಎರಡು ಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿದೆ; ಅವುಗಳಿಂದ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಳೆದ 20 ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಏರಿಕೆಯಾಗಿದೆ.'' ದುರದೃಷ್ಟಕರ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿಯ 25-30 ವಯಸ್ಸಿನ ಯುವ ಜನರಲ್ಲೂ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಯ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬೀಜಾಂಕುರವಾಗುತ್ತಿರುವುದು.

ಈ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಅಂಶಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಪುರಾವೆಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗಿವೆ; ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿಯಬಹುದಾದ ವಿಧಿ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೂ ಯಶಸ್ವೀ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳಿಂದ ಎಲ್ಲರಲ್ಲೂ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿವಾರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು; ಆದರೆ ಅವು ಆರಂಭವಾಗುವುದನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಮುಂದೂಡಲು

ಸಾಧ್ಯವಿದೆ; ರೋಗಲಕ್ಷಣ ಪ್ರಕಟವಾದವರಲ್ಲಿ ಅದರ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿ ಸುಖ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಇನ್ನು ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂದುವರಿದವರು ಸೂಕ್ತ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆ, ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆ ಹಾಗೂ ಜೀವನಶೈಲಿಯಲ್ಲೂ ತಕ್ಕ ಬದಲಾವಣೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ವ್ಯಾಧಿಯ ತೀವ್ರತೆ ಮಿತಿ ಮೀರದಂತೆಯೂ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ರೋಗದ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತರಲಾಗದಿದ್ದರೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಹೃದಯಾಘಾತವೇ ಸಂಭವಿಸಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯಂಥ ಯಶಸ್ವೀ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಿ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನವನ್ನು ಸಹಜಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಾಗಿರುವ ಮುನ್ನಡೆಗಳಿಂದ (ಈ ಹಿಂದೆ ದಾಖಲಿಸಿರುವಂತೆ) ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅತ್ಯಂತ ಸರಳ, ಸುಗಮ ಹಾಗೂ ನಿರಪಾಯಕರವಾಗಿ ರೂಪುಗೊಂಡಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಸೂಕ್ತವೆನಿಸದವರನ್ನೂ ಸಹ ಇತರ **ಮಧ್ಯಮ ಪ್ರವೇಶಿಕ ವರ್ತನೆಯ** (interventional methods) ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದಷ್ಟೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ಮೂರು ದಶಕಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಾಶ್ಚರ್ಯಗೊಳಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿದ್ದು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳು ದೀರ್ಘಾಯುಷಿಗಳಾಗಿ ಬದುಕಿ ಬಾಳುವ ಆಶಾಜನಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗಿದೆ.

ವೈಜ್ಞಾನಿಕ/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪ್ರಗತಿಗಳಿಂದ ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ಗುಣಾತ್ಮಕ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗಿವೆ ಎಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ನಾವು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟುಗಳಿಗೊಳಗಾಗದೆ ನಿರಂಕುಶ ಜೀವನ ನಡೆಸಬಹುದೆಂಬ ಅರ್ಥವಲ್ಲ. ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತರು ಪಡಬೇಕಾದ ಬವಣೆ, ಕುಟುಂಬ ಹಾಗೂ ಸಮಾಜದ ಮೇಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಊಹೆಗೆ ನಿಲುಕಲಾರವು. ಕುಟುಂಬದ ಜೀವನಾಧಾರನಾದ ಮಧ್ಯವಯಸ್ಕ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಹಿಂದಿನಂತೆ ಶ್ರಮಪಟ್ಟು ದುಡಿಮೆ ಮಾಡಲಾರದ ಅಪ್ರಯೋಜಕನಾಗಬಹುದು; ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಿ ತನ್ನ ಸಂಸಾರದವರನ್ನು ಅನಾಥರನ್ನಾಗಿಸಬಹುದು; ವೈದ್ಯಕೀಯ ಇಲ್ಲವೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಅಪಾರ ಖರ್ಚು-ವೆಚ್ಚಗಳು ತಗುಲಬಹುದು. ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗಳು ಏರಿಕೆಯಾಗುತ್ತಿರುವ ಗತಿಯ ಪ್ರಭಾವ ಕೇವಲ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ಮೇಲೆ ಮಾತ್ರ ಅಲ್ಲದೆ ಇಡೀ ಸಮಾಜದ ಆಗುಹೋಗುಗಳ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಸರ್ಕಾರ ಅವರೆಲ್ಲರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಹೈಟೆಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಮತ್ತಿತರ ಮೂಲಭೂತ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಗಾಗಿ ಅಪಾರ ಮೊತ್ತದ ಹಣ ವ್ಯಯ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಸದ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಸ್ವಾಮ್ಯದಲ್ಲಿರುವ ಹೃದ್ರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಾಲದೆ ಮತ್ತೆ ಹಲವು ನೂರು ಕೋಟಿ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ವ್ಯಯ ಮಾಡಿ ಇನ್ನೊಂದು ಹೃದ್ರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮಾಣ ಮಾಡಲಾರಂಭಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದಲ್ಲದೆ ಇನ್ನು 3-4 ಅಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳು ಖಾಸಗಿ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿವೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಯೋಜನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿವೆಯೆಂದರೆ, ಈ ತರಹೆಯ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳ ಹೆಚ್ಚಳ ಸಮಾಜ, ಸರ್ಕಾರಗಳ ಮೇಲುಂಟುಮಾಡಬಹುದಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ಆದುದರಿಂದ ಈ ತರಹೆಯ ಗೊತ್ತು ಗುರಿ ಇಲ್ಲದೇ ಮತ್ತು ಯಾವ ನಿರ್ಬಂಧವೂ ಇಲ್ಲದೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕದೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಹರಡುತ್ತಿರುವ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದ ಸಂಭಾವ್ಯತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಕೇವಲ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಪ್ರಯತ್ನಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸರ್ಕಾರ/ಸಮಾಜ ಸಹ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ

ಯಾಗುವ ನಿರೋಧಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತರುವಲ್ಲಿ ಮುಂದಾಗಬೇಕು. ಅಮೆರಿಕಾದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಧೂಮಪಾನ, ಮದ್ಯಪಾನಗಳಂಥ ದುಶ್ಚಟಗಳ ಮೇಲೆ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಹತೋಟಿ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿನ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಂತಾದ ಮಾರಕ ರೋಗಗಳು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿರುವುದರ ಪುರಾವೆಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಟಾಚಾರದ ಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸುವ ನಟನೆ ಮಾಡುತ್ತಿರುವರೇ ಹೊರತು ಗಂಭೀರತೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಒಂದು ಉದಾಹರಣೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕೆಂದರೆ ಧೂಮಪಾನ 'ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಅಪಾಯಕರ'ವೆಂದು ಸಿಗರೇಟು ಪ್ಯಾಕುಗಳ ಮೇಲೆ ಮುದ್ರಿಸುವುದನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ; ಆದರೆ ತಂಬಾಕು ಬೆಳೆಯಲು ರೈತರಿಗೆ ಸಹಾಯಧನ ನೀಡಿ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತೇವೆ ! ಇವಲ್ಲದೆ ಸಕ್ಕರೆ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ, ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳಿರುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಬಳಕೆ, ವ್ಯಾಯಾಮದ ಅವಶ್ಯಕತೆ, ಜಡ ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಬದಲಾವಣೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಶಾಲಾ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಹಂತದಿಂದಲೇ ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಪ್ರಚಾರಗಳಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಇನ್ನು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಜೀವನಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈ ಹಿಂದೆ ಹಲವು ಕಡೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ಆರೋಗ್ಯಕರ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಮತ್ತು ಯಾವ ಯಾವ ಆಹಾರ ಅಂಶಗಳ ಸೇವನೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದು ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬೇಕು, ಇಲ್ಲವೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ತ್ಯಜಿಸಬೇಕು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಭಾರತೀಯರು ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿರುವ ಸಸ್ಯಾಹಾರದ ಮುಂದುವರಿಕೆ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ವರಪ್ರದಾನವೇ ಆಗಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಾವು ಮಾರುಹೋಗುತ್ತಿರುವ, ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯ ಮಾದರಿಯ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥ ಸೇವನೆಗೆ ದಾಸರಾಗುತ್ತಿರುವ, ಪ್ರವೃತ್ತಿಗೆ ಕಡಿವಾಣ ಹಾಕಬೇಕು. ಅಮೆರಿಕೆಯ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯ ಡಾ|| ಡೀನ್ ಆರ್ನಿಷ್ ಎಂಬುವರು ತಮ್ಮ 'ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಪ್ರಾತ್ಯಕ್ಷಿಕೆ' (life style heart trials)ಗಳಲ್ಲಿ ಭಾರತೀಯರ ಕೊಡುಗೆಗಳಾದ ಧ್ಯಾನ, ಯೋಗ, ಸಸ್ಯಾಹಾರ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಕೊಂಡು ಅವುಗಳಲ್ಲಡಗಿರುವ ಉತ್ತಮ ಅಂಶಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಮ್ಮ ಮೆಚ್ಚಿಗೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತಮ್ಮ ರೋಗಿಗಳು ಅವುಗಳನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರಂತೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಕ್ಯಾಲಿಫೋರ್ನಿಯಾದ 'ಲೋಮಲಿಂಡಾ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಜೀವನಶೈಲಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಂಸ್ಥೆ'ಯ (life style health institute) ಡಾ|| ಹ್ಯಾನ್ಸ್ ಡೈಲ್ಹ್ ಹತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಕಾಲ ಹಲವು ಜನರನ್ನು ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರಾತ್ಯಕ್ಷಿಕೆಯೊಂದನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದರು. ಆಗ ಅವರಾಡಿದ ಹಿತನುಡಿ ''ಭಾರತೀಯರ ಸರಳ ಜೀವನ ಕ್ರಮ, ಸಸ್ಯಾಹಾರ ಪದ್ಧತಿ, ಯೋಗಾಭ್ಯಾಸ, ಧ್ಯಾನಾಸಕ್ತಿಯಂಥ ಅಭ್ಯಾಸಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರೇಷ್ಠವಾದವು; ಅಮೆರಿಕಾದವರ ಆಧುನಿಕ ರೀತಿಯ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಜಡ ಜೀವನಕ್ರಮ ಅವರನ್ನು ಸಾವಿನತ್ತ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುತ್ತಿವೆ; ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಅಂಧಾನುಕರಣೆಯಿಂದ ನೀವೂ ಸಹ ವಿನಾಶದ ಹಾದಿಯನ್ನು ಹಿಡಿಯದಿರಿ.'' ಈ ಮಾತು ನಮ್ಮೆಲ್ಲರ ಕಣ್ಣು ತೆರೆಯಿಸಬೇಕು. Prevention is Better Than Cure ಎಂಬ ಹಳೇಕಾಲದ ನಾಣ್ಣುಡಿ ಇಂದಿಗೂ ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಲ್ಲವೆ.

ಕಡೆಯದಾದರೂ ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗದ ಒಂದು ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ಎಲ್ಲರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವ

ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿ ಈ ಪ್ರಬಂಧವನ್ನು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಳಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗದಂಥ ಮಾರಕ ಹಾಗೂ ಸಂಕೀರ್ಣ ತೆರನ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತುತ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿವೆ. ಖಾಸಗಿ ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಾರಿ ವಲಯಗಳಲ್ಲೂ ಅಂತಹವು ನಮ್ಮ ಆಜುಬಾಜಿನ ಊರುಗಳಲ್ಲೇ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ವಿದೇಶೀ ತಜ್ಞರಿಗೆ ಸರಿಸಾಟಿಯಾಗುವ ನುರಿತ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವಾಶುಲ್ಕಗಳು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ನಿಲುಕುವಂತಿಲ್ಲ ವೆಂಬುದು ಶೋಚನೀಯ ಸಂಗತಿ. ಹಲವಾರು ನಿಸ್ವಾರ್ಥ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಆವಿಷ್ಕಾರಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಾಗಿರುವ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅವುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವವರಿಗೆ ನೆರವಾಗುವ ಸ್ಥಿತಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗದಿದ್ದರೆ ಅಂತಹ ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಮಹತ್ವ ವ್ಯರ್ಥವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತರಹದ ಸೌಲಭ್ಯಗಳುಳ್ಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸ್ಥಾಪನೆ, ಅಂತಹ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತಿ ಗಳಿಸುವುದು ಮುಂತಾದುವೆಲ್ಲಾ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ದುಬಾರಿಯೂ ಆಗುತ್ತಿರುವುದು ನಿಜ ಸಂಗತಿಯೇ. ಬಳಸುವ ಸಾಧನ, ಸಲಕರಣೆಗಳ ಬೆಲೆಯೂ ಸಹ ಗಗನಕ್ಕೇರುತ್ತಿವೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಬಾಬುಗಳನ್ನು ಒಂದು ಮಿತಿಗೆ ತರುವ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಆಗಬೇಕಿದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಸರ್ಕಾರಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಮತ್ತು ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲಾಗಿ ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದವರು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತವಾಗಿ ವರ್ತಿಸಬೇಕಾಗಿದೆ. ಹಸಿರು ಕ್ರಾಂತಿ, ಕ್ಷೀರ ಕ್ರಾಂತಿಗಳಂಥ ಆಂದೋಳನಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಾದ ಪ್ರಯೋಜನಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಾಗಿ ಮಾನವೀಯ ಸಂಶೋಧನೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಪ್ರಯೋಜನೆಗಳು ಶ್ರೀಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೂ ದೊರಕುವಂತಾಗಬೇಕು.

* * *

ಇನ್ನು, ಕಡೆಯದಾದರೂ ಜನಸಮುದಾಯದವರು ಕಡೆಗಣಿಸಲಾಗದ ವಿಷಯವೊಂದನ್ನು ಹೇಳಬಹುದು. ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಮತ್ತು ಹೃದಯಾಘಾತದ ಬವಣೆಗಳನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಈತನಕ ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಮಾರ್ಪಾಡು, ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳ ಇತಿ-ಮಿತಿ ಮುಂತಾದ ಹಲವು ವಿಚಾರಗಳಿಗೆ ಒತ್ತುಕೊಟ್ಟು ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಅನುಸರಿಸಿದರೂ ಗ್ರಹಿಸಲಾಗದ ಕೆಲವು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ತಳ್ಳಿ ಹಾಕವುಂತಿಲ್ಲ. ಈ ಕೃತಿಕಾರನೇ ಅಂತಹ ವಿಪರ್ಯಾಸಕ್ಕೊಳಗಾದ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಹಾಗೆ ಅನಿರೀಕ್ಷಿತ ಅಥವಾ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ, ಇಲ್ಲವೇ ಹೃದಯಾಘಾತವೇ ಸಂಭವಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಅಪಾರ ಹಣಕಾಸು ಮತ್ತಿತರ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಎಂತಹವರಿಗಾದರೂ ಕಷ್ಟವಾಗಬಹುದು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ 'ಆರೋಗ್ಯ ವಿಮಾ ರಕ್ಷಣೆ'ಯ (Health Insurance Cover) ಸೌಲಭ್ಯ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಎಲ್ಲರ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವಾಗಬೇಕು.

ಹಿನ್ನುಡಿ

'ನನಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಯಿತು' ಗ್ರಂಥಕರ್ತೃ ಡಾ|| ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರು. ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಅವರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ಸಂಕೀರ್ಣ ತೆರನ ಆಡಳಿತದ ಜವಾಬ್ದಾರಿಗಳನ್ನೂ ನಿಭಾಯಿಸಿದವರು. ಆ ತರಹ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಹುದ್ದೆಯಲ್ಲಿ ರುವವರು ಪ್ರತಿಕ್ಷಣ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಸಮಸ್ಯೆ ಎದುರಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲೂ ಡಾ|| ಗೌಡರು ಸಾಹಿತ್ಯ ಕೃಷಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಒಂದು ವಿಶೇಷವೇ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡಬಲ್ಲ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅವರ ಲೇಖನಿಯಿಂದ ವಿಪುಲವಾಗಿ ಹೊರಬಂದಿದೆ. ಹೀಗೆ ವೃತ್ತಿ ಮತ್ತು ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳೆರಡರಲ್ಲೂ ಅವರ ಸಾಧನೆ ಅಪೂರ್ವವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಉತ್ಕೃಷ್ಟವಾಗಿರುವಂತೆಯೇ ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ವಾಗಿರುವುದೂ ಒಂದು ವಿಶೇಷ. ಕೇವಲ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅದು ಸೀಮಿತವಾಗದೆ ಅನುವಾದ, ಜೀವನಚರಿತ್ರೆಗಳ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲೂ ಅವರಿಂದ ಉತ್ತಮ ಕೃತಿಗಳು ರಚನೆಯಾಗಿವೆ. ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ 'ಶತಮಾನದ ವಿಜ್ಞಾನಿ'ಯೆಂದು ಖ್ಯಾತಿಗಳಿಸಿದ್ದರೂ ತಾಯ್ನಾಡು ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಅನಾಮಧೇಯರಾಗಿದ್ದು ಅವರು ಬರೆದ ಡಾ|| ಯಲ್ಲಾಪ್ರಗಡ ಸುಬ್ಬರಾಯರ ಜೀವನಚರಿತ್ರೆ ಒಂದು ಮೌಲಿಕ ಕೃತಿ. ಅವರ ಸ್ವಂತ ಅನುಭವ ಕಥನವಾಗಿರುವ 'ನನಗೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಆಯಿತು' ಕೃತಿಯ ಹಸ್ತಪ್ರತಿಯನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸುವ ಅವಕಾಶ ನನಗೀಗ ಒದಗಿ ಬಂದಿದ್ದು ಅವರ ಅನುಭವ, ಅಧ್ಯಯನಗಳ ಆಳ ವಿಸ್ತಾರಗಳನ್ನು ಅರಿಯಲು ಒಂದು ಸುಯೋಗವೆಂದೇ ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ. ನಾನೊಬ್ಬ ಹೃದಯ ರೋಗಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕನಾಗಿಯೂ, ಆ ಕೃತಿಯನ್ನು ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರ ದೃಷ್ಟಿಕೋನವಿರಿಸಿಕೊಂಡೇ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡಿದೆನೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಯಾವುದೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವು ಇರದ ದೂರದ ಹಳ್ಳಿಯೊಂದರಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಹೃದಯಾಘಾತ ಕ್ಕೊಳಗಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅವರಿಗಾದ ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆ, ಮಾನಸಿಕ ತುಮುಲ, ಮುಂದೆ ಹತ್ತಿರದ ಊರಲ್ಲಿ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರಿಂದ ದೊರೆತ 'ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆ' ಅನಂತರ ಶಿವಮೊಗ್ಗೆಯನ್ನು ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ತಲುಪಿ ಸಾವಿನ ದವಡೆಯಿಂದ ಬಚಾವಾದ ರೀತಿಯನ್ನು ಹೃದಯಂಗಮವಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ರಚಿಸಿದ ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಅವರಿಗಾದ ಕಾರೋನರಿ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿಯ ಅನುಭವಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳದೆ ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗ ಹಾಗೂ ಅದರ ಅಂತಿಮ ಪರಿಣಾಮ ಹೃದಯಾಘಾತ ರೋಗ ಸಮುಚ್ಛಯದ ಸಮಗ್ರ ಪರಿಚಯ ಮಾಡಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೃದಯದ ರಚನೆ, ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಹಾಗೂ ಯಾವುದೇ ಸದ್ದುಗದ್ದಲವಿಲ್ಲದೆ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ವಿಕಾಸವಾಗುವ ಪರಿಯನ್ನು ಅನಾವರಣಗೊಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಾಗೆಯೇ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾದ ಇತಿಹಾಸವನ್ನೇ ನಮ್ಮ ಮುಂದೆ ತೆರೆದಿಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ಜೀವಾಧಾರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ತಗುಲುವ ಭೀಕರ ವ್ಯಾಧಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಂತಹ

ವಿವರಣೆಗಳು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕವೆಂದು ಬೇರೆ ಹೇಳಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ಒಂದು ಶತಮಾನದ ಹಿಂದೆ ಘಾಸಿಯಾಗಿರಬಹುದಾದ ಹೃದಯವನ್ನು ವೈದ್ಯರೂ ಸ್ಪರ್ಶಿಸುವುದು ಸಹ ಧರ್ಮಬಾಹಿರವೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದ್ದು, ಕಳೆದ ಕಾಲು ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಾದ ಬೆಳಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಊಹೆಗೂ ನಿಲುಕಲಾರದಂತಹ ಸಾಧನೆಗಳ ವಿವರಣೆಗಳು ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬಂದಿವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸದಾ ಮಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸ್ಥಗಿತ ಗೊಳಿಸದೆ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ; ಎದೆಗೂಡನ್ನು ತೆರೆಯದೆ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ ಹಾಗೂ 'ಯಂತ್ರ ಮಾನವ' (ROBOT)ದ ನೆರವಿನಿಂದ ಬೈ-ಪಾಸ್ ಸರ್ಜರಿ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ ! ಈ ಕೃತಿಯ ರಚನೆಯಲ್ಲಿ ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರ ಜ್ಞಾನದ ಜೊತೆಗೆ ಅವರಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದ ಡಾ|| ವಿವೇಕ ಜವಳಿಯವರ ತಜ್ಞ ಅನುಭವವೂ ಮೇಳವಿಸಿದೆ. ಅದರಿಂದ ವಿಷಯಗಳ ಪ್ರತಿಪಾದನೆಯಲ್ಲಿ ಖಚಿತತೆ ಇದ್ದು ಯಾವ ಅನುಮಾನಕ್ಕಾಸ್ಪದವಿಲ್ಲದೆ ಮೂಡಿಬಂದಿದೆ. ಅವರ ಬರವಣಿಗೆ ಆಂಗ್ಲ ಕವಿ ರಾಬರ್ಟ್ ಫ್ರಾಸ್ಟ್‌ರ ಕವಿತೆಯ ಸಾಲುಗಳನ್ನು ನೆನಪಾಗುತ್ತವೆ :

'Two roads diverged in a wood
and I took the one less travelled by
and that has made all the difference'

ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳೋ ಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸಿದೆ. ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಜೀವನಶೈಲಿಯ ಅನುಸರಣೆಯೇ ಈ ತರಹದ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಹೇಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ವಿವರಣೆಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರ್ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರು ಈ ರೋಗ ಬಾಧೆಯನ್ನು ದೂರವಿರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅಪಾಯಕಾರಿ ಅಂಶಗಳಾದ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಧೂಮಪಾನ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಹತೋಟಿ ಯಲ್ಲಿಡುವ ಕ್ರಮಗಳು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ನನ್ನ ಈ ನಾಲ್ಕು ಮಾತುಗಳನ್ನು ಮುಗಿಸುವ ಮುನ್ನ ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳಂಥ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಮುದ್ರಣ ಮಾಧ್ಯಮವೇ ಅಲ್ಲದೆ ರೇಡಿಯೋ, ಟೆಲಿವಿಷನ್‌ನಂತಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರ ನಡೆಸುವುದೂ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸು ತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೇಳ ಬಯಸುತ್ತೇನೆ. ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹದವರೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಸಂಘ- ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಪರಸ್ಪರ ಕೈ ಜೋಡಿಸಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖರಾಗಬೇಕು.

ಜನಸಮೂಹವನ್ನು ಗಂಭೀರವಾಗಿ ಕಾಡುತ್ತಿರುವ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯೊಂದರ ಬಗೆಗೆ ಡಾ|| ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಶ್ರಮವಹಿಸಿ ಪ್ರಕಟಿಸುತ್ತಿರುವ ಈ ಕೃತಿ ಜನಪ್ರಿಯತೆ ಗಳಿಸುತ್ತ ದೆಂಬುದು ನನ್ನ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕ ಅನಿಸಿಕೆ; ಅವರ ಶ್ರಮ ಸಾರ್ಥಕವಾಗಲೆಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ.

ಡಾ|| ಎನ್. ಗೋಪಿನಾಥ್

ಮಾಜಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಮತ್ತು ಇಮರಿಟಸ್ ಪ್ರೊಫೆಸರ್
ಕಾರ್ಡಿಯೋ ವಾಸ್ಕುಲರ್ ವಿಭಾಗ
ಆಲ್ ಇಂಡಿಯಾ ಇನ್‌ಸ್ಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಸೈನ್ಸಸ್
ನವದೆಹಲಿ





ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ 'ಹೃದಯಾಘಾತ'ದಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಅತಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಗಾಬರಿ ಹುಟ್ಟಿಸುವಂತಿದೆ. ಹೃದಯಾಘಾತ ಹಾಗೂ ಅದರ ಮೂಲ ಕಾರಣವಾದ 'ಕಾರೋನರಿ ಧಮನಿಗಳ ವ್ಯಾಧಿ' ಇಪ್ಪತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಅಪರೂಪದ ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದ ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತಿರುವ ಮೂರ್‍ನಾಲ್ಕು ವ್ಯಾಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದೂ ಒಂದಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ದಶಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರಪಂಚದೆಲ್ಲೆಡೆ ಆವಿರ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಪ್ರತಿ ನೂರು ಕಾರೋನರಿ ಹೃದ್ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅರವತ್ತು ಜನ ಭಾರತೀಯರಿರುತ್ತಾರೆಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ !

ಈ ಕೃತಿಯ ಲೇಖಕರಾದ ಡಾ॥ ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರೇ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಬಳಲಿ, ಕಾರೋನರಿ 'ಬೈ-ಪಾಸ್' ಸರ್ಜರಿಗೊಳಗಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸ್ವಾನುಭವವನ್ನು ಈ ಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಹಲವಾರು ಪ್ರತಿಷ್ಠಿತ ಪ್ರಶಸ್ತಿಗಳನ್ನು ತನ್ನದಾಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ನೂರಾರು ಲೇಖನಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇಪ್ಪತ್ತಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಮೌಲಿಕ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್-ಪೂರ್ವೋತ್ತರ ಕಥೆ, ವಿಶ್ವವಿಖ್ಯಾತ ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು, ವೈದ್ಯಲೋಕದ ಕೌತುಕಗಳು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಲೋಕ ಮುಂತಾದ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ನವಕರ್ನಾಟಕ ಪ್ರಕಾಶನ ಹೊರತಂದಿದೆ. ಇದೀಗ ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಮುಖ ಕೃತಿಯನ್ನು ಓದುಗರ ಮುಂದಿಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ.

ರೂ. 65

ISBN 81-7302-574-6